

**Université de Montréal**

**L'intégration organisationnelle de la participation  
Des enjeux locaux pour une santé publique globale**

**par  
José Carlos Suárez Herrera**

**Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine**

**Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en Santé publique  
Option Organisation des soins**

**Avril 2010**

**© José Carlos Suárez Herrera**

## **IDENTIFICATION DU JURY**

**Université de Montréal  
Faculté des études supérieures**

**Cette thèse intitulée:**

**L'intégration organisationnelle de la participation  
Des enjeux locaux pour une santé publique globale**

**Présentée par:  
José Carlos Suárez Herrera**

**a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:**

**Jean-Louis Denis**  
Président-rapporteur

**François Champagne**  
Directeur de recherche

**André-Pierre Contandriopoulos**  
Codirecteur

**Paul Lamarche**  
Membre du jury

**Yves Couturier**  
Examineur externe

**Deena White**  
Représentant du doyen de la FES

**Thèse acceptée le: .....**

## Résumé

À l'ère de la mondialisation institutionnelle des sociétés modernes, alors que la confluence d'une myriade d'influences à la fois micro et macro-contextuelles complexifient le panorama sociopolitique international, l'intégration de l'idéal participatif par les processus de démocratisation de la santé publique acquiert l'apparence d'une stratégie organisationnelle promouvant la cohésion des multiples initiatives qui se tissent simultanément aux échelles locale et globale. L'actualisation constante des savoirs contemporains par les divers secteurs sociétaux ainsi que la perception sociale de différents risques conduisent à la prise de conscience des limites de la compétence technique des systèmes experts associés au domaine de la santé et des services sociaux.

La santé publique, une des responsables légitimes de la gestion des risques modernes à l'échelle internationale, fait la promotion de la création d'espaces participatifs permettant l'interaction mutuelle d'acteurs intersectoriels et de savoirs multiples constamment modifiables. Il s'agit là d'une stratégie de relocalisation institutionnelle de l'action collective afin de rétablir la confiance envers la fiabilité des représentants de la santé publique internationale, qui ne répondent que partiellement aux besoins actuels de la sécurité populationnelle.

Dans ce contexte, les *conseils locaux de santé* (CLS), mis en place à l'échelle internationale dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des *soins de santé primaires* (SSP), représentent ainsi des espaces participatifs intéressants qui renferment dans leur fonctionnement tout un univers de forces de tension paradoxales. Ils nous permettent d'examiner la relation de caractère réciproque existant entre, d'une part, une approche plus empirique par l'analyse en profondeur des *pratiques participatives* (PP) plus spécifiques et, d'autre part, une compréhension conceptuelle de la mondialisation institutionnelle qui définit les tendances expansionnistes très générales des sociétés contemporaines.

À l'aide du *modèle de la transition organisationnelle* (MTO), nous considérons que les PP intégrées à la gouverne des CLS sont potentiellement

porteuses de changement organisationnel, dans le sens où elles sont la condition et la conséquence de nombreuses traductions stratégiques et systémiques essentiellement transformatrices. Or, pour qu'une telle transformation puisse s'accomplir, il est nécessaire de développer les compétences participatives pertinentes, ce qui confère au phénomène participatif la connotation d'apprentissage organisationnel de nouvelles formes d'action et d'intervention collectives.

Notre modèle conceptuel semble fournir un ensemble de considérations épistémologiques fort intéressantes et très prometteuses permettant d'examiner en profondeur les dimensions nécessaires d'un renouvellement organisationnel de la participation dans le champ complexe de la santé publique internationale. Il permet de concevoir les interventions complexes comme des *réseaux épistémiques de pratiques participatives* (RÉPP) rassemblant des acteurs très diversifiés qui s'organisent autour d'un processus de conceptualisation transculturelle de connaissances ainsi que d'opérationnalisation intersectorielle des actions, et ce, par un ensemble de mécanismes d'instrumentalisation organisationnelle de l'apprentissage.

De cette façon, le MTO ainsi que la notion de RÉPP permettent de mieux comprendre la création de passages incessants entre l'intégration locale des PP dans la gouvernance des interventions complexes de la santé et des services sociaux – tels que les CLS –, et les processus plus larges de réorganisation démocratique de la santé publique dans le contexte global de la mondialisation institutionnelle. Cela pourrait certainement nous aider à construire collectivement l'expression réflexive et manifeste des valeurs démocratiques proposées dans la Déclaration d'Alma-Ata, publiée en 1978, lors de la première Conférence internationale sur les SSP.

**Mots-clés** : Participation; Santé publique internationale; Modernisation réflexive; Soins de santé primaires; Conseils locaux de santé; Recherche-action; Évaluation participative; Recherche comparative internationale; Traduction stratégique et systémique; Action collective; Modèle de la transition organisationnelle; Réseaux épistémiques de pratiques participatives

## Summary

In an age of the institutional globalization of modern societies, the confluence of a myriad of micro- and macro-contextual factors complicates the international socio-political arena. In this context, the integration of participatory values through the democratization processes of Public Health takes on the appearance of an organizational strategy promoting cohesion among a multitude of local and global initiatives. The constant renewal of intersectoral knowledge and the social perception of risk suggest an increased social awareness regarding the limits of technical competence of social and healthcare Systems.

As a legitimate international actor in the management of modern health risks, Public Health creates participatory spaces that enable interaction of intersectoral actors and constantly changing and dynamic knowledge. It is indeed a strategy of the institutional “relocalisation” of collective action, aiming to restore trust in the level of reliability of international Public Health representatives who only partially meet the current needs of population security.

In this context, Local Health Councils (LHC), implemented internationally as part of decentralized Primary Health Care (PHC) regional policies, represent participative spaces that involve countless paradoxical forces of tension. The LHC provides both an opportunity to examine the reciprocal relationship between an in-depth empirical analysis of specific participatory practices (PP), as well as a conceptual comprehension of the institutional globalization defining the general expansionist tendencies of modern societies.

Using the organizational transition model (OTM), we postulate that the integration of PP into LHC governance is potentially associated with organizational change in creating both the conditions and the consequences of numerous strategic and systemic translations, which are essentially transformative. However, in order for this transformation to occur, relevant

participative skills need to be developed. Consequently, this participative phenomenon takes on the shape of an organizational learning process allowing new forms of collective action and intervention to be accomplished.

Our conceptual model offers a set of interesting and promising “epistemosocial” considerations for an in-depth examination of the dimensions essential for an organizational renewal of participation in the complex field of Global Health. Through the OTM, we conceive complex interventions as epistemic networks of participative practices (ENPP) composed of a wide range of actors organized around a double process of transcultural conceptualization of knowledge and inter-sector operationalization of action. This process is possible through a set of mechanisms of organizational instrumentation of learning.

In this way, the OTM and the concept of ENPP allow for a better understanding of the unceasing transition between the local integration of PP in the governance of complex interventions in the field of health and social services – such as LCH – and the broader processes of democratic reorganization of Public Health in a global context of institutional globalization. This could certainly help us to collectively construct a reflexive and manifest expression of democratic values proposed in Alma-Ata Declaration published in 1978 during the first International Conference on PHC.

**Keywords :** Participation; Global Health; Reflexive Modernization; Primary Health Care; Local Health Councils; Action Research; Participatory Evaluation; Cross-National Research; Strategic and Systemic Translation; Collective Action; Organizational Transition Model; Epistemic Networks of Participatory Practices

## Table des matières

Résumé.....	iii
Summary.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	xiii
Liste des figures.....	xiv
Liste des sigles et abréviations.....	xv
Dédicace.....	xvii
Remerciements.....	xviii
INTRODUCTION.....	1
Une perspective organisationnelle de la participation dans le champ complexe de la santé publique internationale.....	2
1. Les enjeux de la participation locale en santé publique internationale.....	2
2. Le positionnement épistémologique de l’auteur.....	5
3. L’organisation du document.....	12
Références bibliographiques.....	19
PROJET DE RECHERCHE EMPIRIQUE L’INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE DE LA PARTICIPATION DANS LA GOUVERNE DES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ – LES CAS DES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ À SALVADOR DE BAHIA (BRÉSIL) ET AUX ÎLES CANARIES (ESPAGNE).....	25
Introduction.....	32
Première partie – Problématisation de l’étude.....	36
Chapitre 1 – Situation problème : l’intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des conseils locaux de santé (CLS).....	38
Chapitre 2 – Spécification de la situation-problème.....	43
1. La conception de la notion de participation : les pratiques participatives.....	44
2. La question de recherche et les lignes de réflexion.....	46
3. Les finalités de l’étude.....	47
4. La prémisse de départ.....	48

Chapitre 3 – Recension succincte des écrits relatifs aux enjeux de la situation-problème .....	50
1. Les enjeux praxéologiques : les espaces d'action et d'intervention participatifs.....	51
2. Les enjeux discursifs : la dimension politique de la participation .....	55
3. Les enjeux symboliques : les représentations sociales de l'idéal participatif.....	59
4. Conclusion de la section .....	62
Deuxième partie – Conceptualisation de l'étude.....	65
Chapitre 4 – Modèle de la transition organisationnelle (MTO).....	67
1. La conceptualisation du MTO .....	69
2. L'opérationnalisation du MTO .....	76
3. L'instrumentalisation du MTO .....	81
Chapitre 5 – Stratégie de recherche privilégiée : la recherche-action.....	96
1. L'approche évaluative : l'évaluation de processus .....	96
2. L'approche participative : l'évaluation participative.....	98
3. L'approche comparative : l'étude de cas multiples .....	99
Troisième partie – Contextualisation de l'étude .....	101
Chapitre 6 – Milieux de recherche de l'étude .....	103
1. Les politiques de décentralisation des SSP au Brésil.....	105
2. Les politiques de décentralisation des SSP en Espagne.....	106
Chapitre 7 – Cas-intervention de l'étude.....	108
1. La situation des CLS à Savador de Bahia (Brésil).....	109
1.1 Premier niveau d'influence : le palier central .....	111
1.2 Deuxième niveau d'influence : le palier régional .....	114
1.3 Troisième niveau d'influence : le palier local.....	115
2. La situation des CLS aux Îles Canaries (Espagne).....	117
2.1 Premier niveau d'influence : le palier central .....	120
2.2 Deuxième niveau d'influence : le palier régional .....	121
2.3 Troisième niveau d'influence : le palier local.....	122
Quatrième partie – Opérationnalisation de l'étude .....	127
Chapitre 8 – Initiation de l'étude : création des comités épistémiques participatives (CÉP).....	129
Chapitre 9 – Préparation de l'étude : configuration des réseaux sociotechniques.....	134



Chapitre 10 – Mise en œuvre de l'étude : transition critique des connaissances.....	138
1. La production de données.....	139
1.1 Collecte de données.....	141
1.2. Gestion des données.....	149
2. Le raisonnement pratique.....	152
2.1 Analyse stratégique.....	153
2.2. Synthèse systémique.....	156
3. L'utilisation des connaissances.....	160
3.1. Socialisation et partage des connaissances.....	161
3.2. Combinaison et appropriation des actions.....	161
Cinquième partie – Mise en qualité de l'étude.....	164
Chapitre 11 – Critères scientifiques de validation : la validité scientifique.....	166
1. La validité interne ou crédibilité.....	166
2. La validité externe ou transférabilité.....	169
3. La fiabilité ou cohérence interne.....	170
Chapitre 12 – Considérations éthiques de responsabilisation : l'acceptation sociale.....	171
Références bibliographiques.....	175
<b>ARTICLE 1 LES ENJEUX ORGANISATIONNELS DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE DANS UN CONTEXTE DE MODERNISATION RÉFLEXIVE. LE CAS DES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ AU BRÉSIL.....</b>	<b>193</b>
I. Introduction.....	194
II. La mondialisation réflexive des sociétés modernes.....	195
a. Les rouages de la mondialisation institutionnelle de la modernité.....	196
b. La constitution de la société du risque.....	197
c. Une confiance « aveugle » envers les systèmes experts.....	199
III. La participation communautaire dans le mouvement démocratique des CLS au Brésil.....	200
IV. Des enjeux organisationnels inhérents à une intégration plus démocratique de la participation communautaire en santé publique.....	202
V. En guise de conclusion.....	209
Références bibliographiques.....	211

ARTICLE 2 L'IMPORTANCE DES COMMUNAUTÉS ÉPISTÉMIQUES PARTICIPATIVES POUR LA CRÉATION DE RÉSEAUX TRANSNATIONAUX DE RECHERCHE COMPARATIVE DANS LA SANTÉ PUBLIQUE CONTEMPORAINE .....	214
Introduction .....	215
La santé publique à l'ère de la mondialisation .....	216
Les recherches comparatives en santé publique.....	219
Les enjeux des recherches comparatives.....	221
L'émergence des communautés épistémiques comme espaces de participation sociale .....	224
En guise de conclusion.....	230
Références bibliographiques .....	232
ARTICLE 3 CRITICAL CONNECTIONS BETWEEN PARTICIPATORY EVALUATION, ORGANIZATIONAL LEARNING AND INTENTIONAL CHANGE IN PLURALISTIC ORGANIZATIONS.....	235
Summary .....	236
1. Introduction: some critical connections.....	237
2. Participatory Evaluation: An Intended Catalyst to Intentional Change .....	239
3. Conceptualization of Participatory Evaluation .....	242
Rationales underlying the choice of participatory evaluation.....	243
Conceptions of participatory evaluation .....	245
Evaluators' role in participatory evaluation.....	248
4. Contextual Challenges for Participatory Evaluation in Pluralistic Organizations .....	250
5. Tackling Contextual Challenges through Capacity-Building for Evaluative Research.....	254
6. Building Pathways to Participatory Evaluation in Pluralistic Organizations .....	258
7. Conclusions.....	261
References .....	263
ARTICLE 4 ENTRE LE POUVOIR ET LA RÉGULATION : LES ENJEUX PRAXÉOLOGIQUES DE LA PARTICIPATION DANS LA GOUVERNE DES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ .....	269
Résumé .....	270
Introduction .....	271
Point d'ancrage théorique de l'étude.....	275

1. Modèle de la transition organisationnelle (MTO) .....	277
2. Stratégie de recherche .....	280
Point d’ancrage méthodologique de l’étude .....	283
1. Production des données .....	284
2. Raisonnement pratique .....	287
Résultats de la recherche : le processus d’intégration organisationnelle de la participation .....	289
1. Le conseil local de santé à Salvador de Bahia (Brésil) .....	290
1.1 Contexte organisationnel .....	291
1.2 Configuration du réseau sociotechnique .....	293
1.3 Établissement des dynamiques collaboratives .....	296
1.4 Constitution du système complexe participatif .....	300
2. Le conseil local de santé aux Îles Canaries (Espagne) .....	304
2.1 Contexte organisationnel .....	305
2.2 Configuration du réseau sociotechnique .....	306
2.3 Établissement des dynamiques collaboratives .....	310
2.4 Constitution du système complexe participatif .....	315
Discussion : un regard comparatif sur les enjeux praxéologiques de la participation .....	320
Conclusion : le local et le global de la participation dans le champ complexe de la santé publique internationale .....	332
Références bibliographiques .....	338
CONCLUSION .....	347
Le renouvellement organisationnel de la participation dans le champ complexe de la santé publique internationale .....	348
1. Des enjeux locaux pour une santé publique globale .....	348
2. Considérations épistémologiques du modèle de la transition organisationnelle (MTO) .....	354
3. De la participation communautaire aux réseaux épistémologiques de pratiques participatives .....	357
4. En guise de conclusion .....	365
Références bibliographiques .....	368
BIBLIOGRAPHIE .....	375
ANNEXE 1 PLAN DE RECENSION DES ÉCRITS .....	CDVII
ANNEXE 2 CRITÈRES ET PROCESSUS DE SÉLECTION .....	CDXVI
ANNEXE 3 PROCESSUS D’ENRÔLEMENT DES PARTENAIRES ...	CDXVIII

ANNEXE 4 LIVRE DE CODES.....	CDXX
ANNEXE 5 LETTRE D'ACCEPTATION DE LA BOURSE POSTDOCTORALE AU PIFRSM.....	CDXXII
ANNEXE 6 LISTE DE PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES.....	CDXXIV

## Liste des tableaux

### **Projet de recherche - L'intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des conseils locaux de santé – les cas des conseils locaux de santé à Salvador de Bahia (Brésil) et aux Îles Canaries (Espagne)**

Tableau 1	Modèle standard de la grille d'instrumentalisation du MTO.....	82
Tableau 2	Configuration du réseau sociotechnique.....	85
Tableau 3	Établissement des dynamiques collaboratives.....	90
Tableau 4	Constitution du système complexe d'action et d'intervention participatif.....	95
Tableau 5	Composition des CÉP.....	130
Tableau 6	Présence du chercheur dans le terrain.....	140
Tableau 7	Distribution des entrevues par année et milieu de recherche.....	142
Tableau 8	Distribution des entrevues par palier d'influence, année et milieu de recherche.....	143

### **Article 4 - Entre le pouvoir et la régulation : les enjeux praxéologiques de la participation dans la gouverne des conseils locaux de santé**

Tableau 9	Distribution des entrevues par année et milieu de recherche.....	285
Tableau 10	Acteurs impliqués dans la gouverne du CLS.....	294
Tableau 11	Intérêts fondamentaux et compétences identitaires des acteurs impliqués dans la gouverne du CLS.....	295
Tableau 12	Acteurs impliqués dans la gouverne du CLS.....	307
Tableau 13	Intérêts fondamentaux et compétences identitaires des acteurs impliqués dans la gouverne du CLS.....	309

## Liste des figures

### Introduction

Figure 1	Modélisation de la thèse doctorale.....	13
----------	---	----

### Projet de recherche - L'intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des conseils locaux de santé – les cas des conseils locaux de santé à Salvador de Bahia (Brésil) et aux Îles Canaries (Espagne)

Figure 2	Dimensions de la situation-problème de la participation.....	42
Figure 3	Les enjeux associés au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne de CLS.....	51
Figure 4	Modèle de la transition organisationnelle (MTO) .....	79
Figure 5	Opérationnalisation du MTO .....	81
Figure 6	Bureau de travail du logiciel QDA Miner 3.0.....	151

### Article 4 - Entre le pouvoir et la régulation : les enjeux praxéologiques de la participation dans la gouverne des conseils locaux de santé

Figure 7	Opérationnalisation du MTO .....	280
----------	----------------------------------	-----

## Liste des sigles et abréviations

AI21	Agenda local 21
APS	Atención Primaria de Salud
ASTÉ	Appréciation sociotechnique de l'évaluabilité
ATL	Association territoriale locale
BGP	Bureau de gestion participative
CA	Communautés Autonomes
CAMMPI	Commission d'articulation et mobilisation des habitants de la Péninsule d'Itapagipe
CBER	Capacity building for evaluative research
CDM	Conseil de durabilité municipale
CDS	Conseils de district de santé
CÉP	Comité épistémique participatif
CÉR	Comité éthique de recherche
CLS	Conseil local de santé
CMS	Conseil municipal de santé
CONASEMS	Conseil national de secrétariats municipaux de santé
COSEMS-BA	Conseil provincial de secrétariats municipaux de santé de Bahia
CS	Centre de santé
CSZ	Conseil de santé de zone
DASUM	Département d'administration de la santé
DPSPCI	Département de planification stratégique, de participation et de coopération internationale
DS	District sanitaire
IBGE	Institut brésilien de géographie et de statistique
IPD-SILOS	Investigación, Planificación y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
ISTAC	Institut canarien de statistique
LOSCA	Loi d'organisation sanitaire des îles Canaries

MTO	Modèle de la transition organisationnelle
O-P-R	Observation-participation-réflexion
PACAP	Programa de actividades comunitarias de Atención Primaria de Salud
PACS	Programme d'agents communautaires de la santé
PNUD	Programme de nations unies pour le développement
PP	Pratiques participatives
P-PE	Practical participatory evaluation
PSF	Programme de santé de la famille
RA	Région administrative
RMS	Région métropolitaine de Salvador
RST	Réseau sociotechnique
SCS	Servicio Canario de Salud
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SNS	Système national de santé
SP	Santé publique
SSP	Soins de santé primaires
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Transition critique des connaissances
TICs	Technologies de l'information et de la communication
TOC	Traduction organisationnelle des connaissances
T-PE	Transformative participatory evaluation
UBS	Unité basique de santé
UFBA	Universidade Federal de Bahia
UNESCO	United Nations for Education, Science and Culture Organisation
UNITWIN	University Twinning and Networking
USF	Unité de santé de la famille
UTA	Unité technique d'appui
WHO	World Health Organization



## Dédicace

*À Lieve*

## Remerciements

C'est avec un enthousiasme des plus sincères et des plus cordiaux que j'aimerais remercier les personnes, collectifs et institutions qui ont facilité la mise en œuvre d'une telle entreprise. Je désire donc exprimer ma profonde gratitude :

au Professeur et ami, mon mentor, François Champagne pour le soutien constant et inconditionnel qu'il m'a offert pendant chacune des étapes-clés de cette thèse. Ses orientations sur la pratique de la recherche évaluative dans le domaine de la santé, nettes, concises et directes, très pragmatiques, ont été essentielles dans la construction des dimensions conceptuelle, méthodologique et opérationnelle de notre projet de recherche empirique. Je salue aussi sa souplesse et son ouverture d'esprit qui ont su me laisser une large marge d'autonomie pour la mise en œuvre du travail de recherche.

au Professeur et ami André-Pierre Contandriopoulos pour avoir accepté la codirection de cette thèse. De par nos discussions, il m'a apporté une compréhension renouvelée et plus approfondie des divers aspects relatifs à la démocratisation de la santé publique. Sa capacité de synthèse et d'écoute ainsi que la clarté de ses propos théorico-pratiques, m'ont aidé largement dans la construction d'une approche organisationnelle plus holistique de l'intégration de l'idéal participatif dans la gouverne des organisations de santé.

au Professeur Jean-Louis Denis, qui m'a honoré en acceptant d'être le Président du jury de cette thèse mais également pour ses contributions incontournables dans le domaine de la gouverne et la transformation des organisations de santé. Je remercie également les professeurs Paul Lamarche, Yves Couturier et Deena White, qui ont accepté avec plaisir d'être examinateurs dans le jury de cette thèse.

à la Professeure et Directrice du programme de doctorat en santé publique de l'Université de Montréal, Nicole Leduc, porte-étendard du savoir-faire et surtout, du savoir-écouter. Les annotations prises lors des longues conversations entretenues dans son bureau au sujet de la pratique et de l'enseignement de la recherche évaluative font sans doute partie des sections les plus appréciées de mon livre de notes réflexives.

au personnel de soutien de l'Institut de recherche en santé publique et du Programme de doctorat en santé publique de l'Université de Montréal, entre autres, Josée Tessier, France Pinsonneault, Linette Cohen, Jean-Guy Bouchard, Joseph Smigielski, Lorraine Trudeau, Francine Auger, Gilles Langlois, Diane Crevier et Monique Lesperance. Ils sont sans doute des acteurs-clés dans le fonctionnement de ce programme qui rendent la vie des candidats au doctorat beaucoup plus conviviale.

Je tiens à remercier également les personnes impliquées dans la mise en œuvre du projet de recherche empirique à Salvador de Bahia, au Brésil, et aux îles Canaries, en Espagne. À Salvador de Bahia, je remercie profondément la cordialité et la convivialité des professeurs Carmen Fontes Teixeira, Ligia Maria Vieira et Jairnilson Paim, de mes collègues Cristiane Abdon, Silvio Medina, Jacinéa Santana, Ana Cristina Caribé ainsi que de tous les autres membres qui m'ont accueilli de manière très chaleureuse à l'Instituto de Saúde Coletiva de l'Universidade Fédéral de Bahia. Je remercie également l'ouverture et l'intérêt démontré par le Professeur Luis Eugénio Portela, mes chères collègues Heleni Ávila, Sara Cerqueira et Patrícia Regina ainsi que le personnel administratif et technique de la Secretaria Municipal de Saúde.

Aux îles Canaries, mes très chers collègues m'ont reçu avec autant d'enthousiasme que d'intérêt et m'ont montré que « travail en équipe » et « projet d'amitié » sont des notions homologues qui, comme certaines denrées

alimentaires, s'améliorent avec le temps. Je remercie les Professeurs José Joaquín O'Shanahan et Lluís Serra Majem, mes collègues Francisco José Navarro, Victorio Perera, María Teresa Martín, Victoria Crespo ainsi que tous ceux qui m'ont accueilli très affectueusement à la Gerencia de Atención Primaria du Servicio Canario de Salud.

Je dois un grand merci aux membres des deux conseils locaux de santé, celui de Salvador de Bahia et celui des îles Canaries, qui ont accepté inconditionnellement leur participation active et réflexive à ce projet de recherche. Ils m'ont fait savoir que, malgré la distance et le parcours international de mon chemin personnel et professionnel, je suis toujours le bienvenu dans leur terrain.

De façon plus intime, je garde un souvenir très intense des moments partagés avec Professeur Carmen Teixeira à Salvador de Bahia et avec Professeur José Joaquín O'Shanahan aux îles Canaries. Ils ont partagé avec moi et partagent encore aujourd'hui de façon merveilleusement amicale leur savoir-faire en matière de planification stratégique des organisations de santé. Ils sont le sel, le poivre et le miel de mon parcours doctoral.

Un grand merci également aux Professeurs Jane Springett, Carolyn Kagan et Julia Abelson qui ont accepté mes programmes de stages interuniversitaires dans leurs départements académiques respectifs. Chacune d'elles mérite un remerciement plus particulier :

au Professeur Jane Springett pour son invitation au Department of Health Sciences de l'Université de Kristianstad, en Suède. Toutes ses remarques, ses suggestions, les belles soirées de discussions épistémologiques au sujet de l'évaluation participative m'ont ouvert des portes à des dimensions alors inédites à ma connaissance.

au Professeur Carolyn Kagan pour son invitation au RIHSC (Research Institute of Health and Social Change) de la Manchester Metropolitan University. Ses conseils judicieux, son implication communautaire et les repas thématiques qu'on organisait avec son partenaire de chemin, Professeur Mark Burton, à propos de la recherche-action, sont des moments des plus précieux de mon parcours doctoral.

au Professeur Julia Abelson pour son invitation au Center for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) de la McMaster University en Ontario, Canada. Les discussions délibératives autour du phénomène participatif dans le champ de la santé publique ainsi que ses contributions à la communauté scientifique à cet égard sont devenues une des pierres angulaires de mon parcours académique.

Je désire souligner l'appui inconditionnel de la Professeure et amie Nassera Touati, pour l'intérêt et le soutien chaleureux dont elle a toujours fait preuve. Entre autres, je lui suis reconnaissant de son accueil, de sa patience et de la disponibilité qu'elle m'a dédiés pour discuter certains aspects conceptuels et méthodologiques à propos de la recherche évaluative et des théories des organisations.

Je tiens également à remercier les organismes qui se sont impliqués dans le cofinancement des différentes étapes de mon programme de thèse doctoral. Un merci tout particulier à l'Instituto de Salud de Carlos III du Ministère de la santé en Espagne, à la Chaire GETOS, au programme AnÉIS, au GRIS et au programme de promotion de la santé de l'Université de Montréal dont les bourses m'ont fourni les financements nécessaires pour compléter mes démarches doctorales, mes stages interuniversitaires ainsi que la mise en œuvre du projet de recherche empirique à Salvador de Bahia et aux îles Canaries.

Un merci tout particulier à mes collègues de doctorat et amis Sherri Bisset, Treena Delormier, Pascale Mantoura, Jean-Claude Moubarac et Carmelle Goldberg avec qui j'ai maintenu de vives discussions autour des dimensions anthroposociales de la pratique en recherche participative, une passion qui nous uni autant qui nous sépare.

Je tiens à remercier également Josée et Juliette, pour les moments qu'on passe ensemble autour des marmites dans leur cuisine. Merci pour cette amitié à saveur d'épices canariennes qui mijotent à feu très doux, comme les bouillons les plus délectables et de bons desserts typiquement québécois concoctés avec soin.

Je remercie très spécialement Lieve et Marino et tous les membres de leur nombreuse et magnifique famille, pour l'amitié, l'accompagnement et les encouragements qu'ils m'ont transmis grâce à leur caractère affable et chaleureux. Leur présence m'a été beaucoup plus précieuse qu'ils ne pourraient le croire.

Je réserve un remerciement très chaleureux aux personnes chères de ma famille, notamment mes parents Carmen et Jesús, mes sœurs, mon frère et leurs âmes jumelles, Alicia et José Luis, Maria del Mar et Ezequiel, Jésus Manuel et Yuko, et les fruits de leur passion, mes très chers neveux et nièces David, Israel, Jiroshi, Aarón, Patricia, Isamu, Beatriz et la plus petite tout récemment venue au monde, Serina.

Et finalement, un ¡¡¡*muchísimas gracias!!!* à tous qui, de près comme de loin m'ont aidé et encouragé aux moments opportuns.

# **Introduction**

## UNE PERSPECTIVE ORGANISATIONNELLE DE LA PARTICIPATION DANS LE CHAMP COMPLEXE DE LA SANTÉ PUBLIQUE INTERNATIONALE

### 1. Les enjeux de la participation locale en santé publique internationale

La participation de tous les secteurs des sociétés démocratiques aux processus de réorganisation des systèmes de soins de santé constitue une des clés de voûte du discours et de la pratique de la santé publique contemporaine (Abelson & Eyles, 2002; Petersen & Lupton, 1996; Tremblay, 2004). À l'ère de la mondialisation institutionnelle des sociétés modernes, où la confluence d'une myriade d'influences à la fois micro et macro-contextuelles complexifient le panorama sociopolitique de la santé publique, l'intégration de l'idéal participatif dans la gouverne des systèmes locaux de santé a l'apparence d'une stratégie organisationnelle promouvant la cohésion des multiples initiatives qui se tissent simultanément aux échelles locale et globale (Labra, 2006; Valla, 1998).

Amplement influencés par les principes démocratiques de la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (SSP), les acteurs responsables de la gouverne du système unique de santé (SUS) brésilien organisent conséquemment un processus de décentralisation qui propose avant tout la redistribution de l'autorité et de la responsabilité partant des niveaux supérieurs de l'administration sanitaire jusqu'aux autorités régionales, provinciales ou locales (Gerschman, 2004; Labra & Figueiredo, 2002). Les changements organisationnels associés à ce processus de décentralisation participative devraient contribuer à l'amélioration de la qualité des services de soins et à une définition plus claire des responsabilités institutionnelles grâce à une plus grande transparence des pratiques et des services de santé publique (Maciel Filho & Araújo Jr, 2002; Van Stralen, et al., 2006). Ces changements devraient aussi promouvoir la création des nouveaux espaces publics de participation individuelle et collective ainsi que des échanges délibératifs capables d'influencer le processus de formulation de politiques de santé publique (Bispo-Junior & Sampaio, 2008; Pessoto, Nascimento, & Heimann, 2001).



À Salvador de Bahia, au Brésil, et aux îles Canaries, en Espagne, l'opérationnalisation stratégique de ce processus prend forme plus spécifiquement par la mise en place des conseils locaux de santé (CLS). Ces espaces favorisent la rencontre simultanée de savoirs intersectoriels et d'intérêts divers qui sont plus ou moins représentatifs de l'ensemble des secteurs sociétaux (Serapioni & Romani, 2006; Wendhausen & Caponi, 2002). La plupart des représentants de ces secteurs sont confiants quant aux impacts positifs éventuels que ces espaces pourraient offrir en stimulant la sensibilité et la responsabilité des gestionnaires et des bureaucraties gouvernementales. Plusieurs d'entre eux insistent donc sur le fait que les CLS peuvent favoriser l'incorporation des intérêts et stimuler la participation des acteurs intersectoriels généralement exclus des processus décisionnels des systèmes de locaux santé (Carvalho, 1998; Fuks, 2005; Labra & Figueiredo, 2002).

De ce fait, le *leitmotiv* principal du projet de recherche-action empirique qui est au cœur de cette thèse doctorale est de comprendre les dynamiques comportementales ainsi que les facteurs environnementaux influençant le processus d'intégration organisationnelle des pratiques participatives dans la gouverne des CLS. Or, l'intégration de l'idéal participatif dans le champ complexe de la santé publique contemporaine n'est pas exempte de certains enjeux organisationnels sur lesquels l'auteur de cette thèse doctorale s'attarde particulièrement (Guizardi & Pinheiro, 2006; Labra, 2002).

Ainsi, dans un contexte global de transition socioculturelle, politico-administrative, techno-économique et épidémiologique, le champ complexe de la santé publique évolue constamment, s'élargit graduellement et doit faire face à de nouveaux défis associés à la mondialisation institutionnelle des environnements locaux (Kickbusch & de Leeuw, 1999; Yach & Bettcher, 1998a). Il s'avère désormais impératif de créer et de mettre en place un ensemble d'infrastructures de recherche et d'action capables de faire face, entre autres, à l'émergence des technologies de l'information et la communication (TICs), aux

mouvements migratoires transnationaux, aux changements drastiques des habitudes alimentaires, à la propagation hors contrôle des maladies infectieuses, à l'apparition de nouvelles sources de risque industriel au-delà des frontières nationales ou à la reconnaissance, dans le cadre juridique international, du droit universel à la santé (McKee, Gilmore, & Schwalbe, 2005a; McMichael & Beaglehole, 2000; Reddy, 2002; Suarez-Herrera, O'Shanahan Juan, & Serra-Majem, 2009).

La complexité de ces enjeux facilite l'émergence de nombreux mouvements sociopolitiques au-delà des frontières nationales classiques qui se constituent comme des espaces transnationaux d'action collective à double sens. D'une part, le formatage des pratiques participatives en matière de santé publique constitue un champ de luttes intersectorielles à l'échelle locale qui conditionne la dynamisation mondiale des institutions contemporaines et, d'autre part, ces structures institutionnelles constituent un champ de forces contextuelles au niveau global déterminant le formatage de nouvelles pratiques locales (Suarez-Herrera, 2008).

Dans ce contexte nettement complexe, les chercheurs en santé publique doivent s'engager dans la facilitation des liens entre les transactions locales des acteurs intersectoriels et la formulation de politiques publiques en matière de santé au plan international (Kickbusch, 2000). La santé publique contemporaine cible ainsi son champ de recherche et d'action autour des entités organisationnelles d'ordre infranational local, comme les CLS et parallèlement, d'ordre transnational global, dans des endroits très éloignés dans l'espace mais mutuellement interconnectés (Beaglehole, Bonita, Horton, Adams, & McKee, 2004; Kickbusch, 1999; McKee, Gilmore, & Schwalbe, 2005b; Yach & Bettcher, 1998b).

Étant donné les enjeux contextuels à la fois locaux et globaux associés au phénomène participatif, cette thèse doctorale adopte la forme d'un

espace évaluatif, participatif et comparatif de recherche en partenariat et d'action intersectorielle à propos de l'intégration démocratique de l'idéal participatif dans le champ complexe de la santé publique, et ce, à l'échelle internationale. Ces enjeux montrent clairement l'importance pour son auteur d'adopter un point de vue de recherche et d'action de type organisationnel qui soit capable de rendre compte, à plusieurs paliers de complexité épistémologique, de l'ampleur du phénomène participatif autant sur le plan local qu'à l'échelle globale.

## **2. Le positionnement épistémotocial de l'auteur**

La complexité des transitions contextuelles contemporaines ainsi que la nature multidimensionnelle du phénomène participatif amène l'auteur de cette thèse doctorale à adopter un point de vue réconciliateur axé sur les principes de « constructionnisme structurationniste » (Hosking, 1999; Rouleau, 2007). À la différence des propos reliés au constructivisme, où l'on privilégie l'individu et sa capacité d'action comme unité d'analyse, le constructionnisme centre son intérêt sur l'interaction mutuelle entre les individus et entre ceux-ci et les structures sociales. Au-delà des approches interactionnistes (où l'on considère que les phénomènes organisationnels sont construits au fil des interactions entre les personnes) et des approches structuralistes (qui mettent en valeur le poids des structures sociales comme déterminant des phénomènes organisationnels) l'auteur adopte une approche structurationniste du constructionnisme. Ici, l'action et les structures sociales occupent une importance similaire – bien qu'elles ne soient pas nécessairement symétriques – dans la construction des faits organisationnels. Cette approche repose sur la notion de « dualité du structurel » (Giddens, 1987), où les structures sociales n'existent pas indépendamment des acteurs sociaux, mais plutôt dans le cours de leurs pratiques. Ici, les structures sociales sont à la fois la condition et la conséquence des interactions organisationnelles.

Ce point de vue constitue la pierre angulaire du « positionnement épistémotocial » de l'auteur face à ce projet de recherche doctorale. Ce positionnement est épistémotocial en ce qu'il permet à l'auteur, d'une part, de

participer activement d'un processus complexe de production et de partage des connaissances et, d'autre part, d'accompagner réflexivement les évolutions de l'articulation intersectorielle des actions collectives qui en découlent, lesquelles produiront et reproduiront à leur tour de nouvelles connaissances. Il s'agit-là d'un processus d'échange dialectique entre l'intériorisation subjective d'un sens de nature plutôt pratique et l'extériorisation objective des pratiques de nature plutôt réflexives.

Ce positionnement épistémotocial ne doit pas être envisagé comme un point d'ancrage paradigmatique ni comme un courant de pensée homogène. Il est plutôt question d'un noyau de perspectives bien différenciées, mais épistémologiquement complémentaires. Celui-ci permet à l'auteur de se positionner par rapport à la complexité organisationnelle du phénomène participatif de son intérêt du point de vue théorique autant que pratique. Ces perspectives représentent les quatre piliers macro et micro-organisationnels sur lesquels s'étaie ce projet de thèse doctorale et qui guident l'auteur tout au long des démarches théorico-pratiques avec lesquelles il intègre une perspective organisationnelle au phénomène à l'étude.

Tout d'abord, le premier pilier du positionnement épistémotocial de l'auteur est la *perspective sociopolitique*. Cette perspective trouve son point d'ancrage dans les théories de la modernisation réflexive. Il s'agit-là d'une appréciation du contexte macrosocial du phénomène participatif par une analyse institutionnelle de la modernité dite « avancée ». Discernée à partir d'un processus d'expansionnisme institutionnel, la mondialisation des sociétés modernes émerge comme un processus sans précédent, par l'essor extraordinaire des institutions contemporaines qui sont intimement interreliées entre elles et opèrent simultanément sur les plans local et global (Giddens, 1994). Dans cette situation, la décontextualisation des relations sociales, les risques accrus et l'incertitude associée à la réflexivité des savoirs exigent de la part de l'individu la construction d'un projet de confiance à la fois dans les institutions de la modernité

et dans ses systèmes experts, mais également une confiance dans la fiabilité des individus.

Cette confiance n'abolit pourtant pas le risque ni la conscience du risque. Nous rentrons alors dans ce que Beck (1986) dénomme la *société du risque*, une étape de la modernité avancée dans laquelle les risques contemporains produits par une activité industrielle à grande échelle échappent de plus en plus aux instances de contrôle et de sécurité traditionnelles. Dans ce contexte expansionniste, les systèmes experts contemporains influencent de façon déterminante le formatage de toute pratique sociale et deviennent paradoxalement les dépositaires de la confiance inconditionnelle des individus, même si ces derniers ne connaissent que très vaguement les fondements de leurs procédés de fonctionnement. Ceci renforce l'émergence d'un processus de relocalisation des pratiques sociales qui représente un moyen essentiel de retrouver la confiance dans la fiabilité des représentants des systèmes experts tout en encourageant l'établissement d'interactions face à face entretenues dans des contextes de coprésence.

Deuxièmement, la *perspective ontologique* est une perspective fondée sur la pensée des systèmes complexes. Elle regroupe les principes relatifs à l'étude de ce qui est reconnu comme étant trop complexe pour pouvoir être abordé de façon réductionniste et ceux qui considèrent que l'apparition de l'interrelation, de l'organisation et du système sont les trois faces d'un même phénomène organisationnel (Morin, 1977). Ces trois termes, bien qu'inséparables, sont relativement différenciables quant à leur relation mutuelle entre le tout et ses parties. L'idée d'interrelation renvoie aux types et aux formes d'interdépendance entre les parties et entre celles-ci et le tout. L'idée d'organisation renvoie à l'agencement mutuel de ces parties interrelationnées et dans leur ensemble. Enfin, l'idée de système, en tant que fondement de la perspective ontologique, renvoie à l'unité complexe du tout interrelationnel et ses propriétés organisationnelles.

De ce fait, la pensée des systèmes complexes insiste sur l'importance de la réconciliation des dimensions dichotomisées du réel et tend plutôt à promouvoir une vision des phénomènes organisationnels à la fois individuelle et collective, interactionnelle et structurelle, tacite et explicite, locale et globale (Bouchikhi, 1998; White, 2001). Les pratiques participatives et le changement organisationnel qui leur est associé sont donc conçus comme des phénomènes complexes, multidirectionnels et contradictoires qui sont à la fois le moyen et le résultat des forces de tension paradoxales entre des comportements innovateurs et des conduites routinières, des stratégies participatives qui visent l'intégration et d'autres visant la différenciation, des alliances fondées sur la coopération et des ententes qui promeuvent la compétition (Beech, Burns, de Caestecker, MacIntosh, & MacLean, 2004; Campbell-Hunt, 2007; Zajac & Bruhn, 1999).

Le troisième pilier de cette ligne de pensée est la *perspective théorique*, fondée sur les principes de la sociologie organisationnelle. Ces principes partagent plusieurs caractéristiques permettant de réfléchir en profondeur sur les dimensions relationnelles et structurelles de la réalité organisationnelle du phénomène participatif. Nous nous penchons d'abord sur le problème de la construction de la coopération qui est une des dimensions principales de tout complexe organisationnel (Crozier & Friedberg, 1977; Foudriat, 2007; Friedberg, 1997). Cette dimension se traduit par la définition des mécanismes formels de communication et de partage des informations entre les parties prenantes, qui permettent la mise en action d'un réseau sociotechnique cohérent. Pourtant, la coopération entre les acteurs de l'organisation pose généralement certains problèmes lorsque leurs structures formelles sont confrontées à leur autonomie irréductible et à leur rationalité limitée. Il existe toujours une partie informelle d'indétermination qui rend possible des réinterprétations stratégiques au profit de certains acteurs plutôt que d'autres (Crozier, 2000a, 2000b; Kollock, 1998; Moullet, 1992; Sénécal, 2005).

Cette perspective théorique se caractérise aussi par l'imprévisibilité des pratiques organisationnelles des acteurs concernés. L'analyse de ces pratiques montre qu'elles ne suivent pas de règles précises et ne respectent aucune procédure préfixée à l'avance à l'exception de cas très spécifiques. Ces pratiques sont plutôt associées à des rapports de pouvoir qui correspondent toujours aux perceptions stratégiques très instables des différents acteurs concernés (Chwe, 1999; Denis, Langley, & Rouleau, 2007; Regnér, 2008; Whittington, 2006). De ce fait, l'intégration organisationnelle de pratiques stratégiques devient un phénomène amplement complexe car les rapports de pouvoir qui la caractérisent se transforment constamment selon l'émergence imminente de nouveaux facteurs qui peuvent émerger à tout moment (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007).

Ceci fait ressortir le caractère contextuel du phénomène participatif. Le contexte est conçu ici comme la résultante inachevée d'un ensemble de mécanismes systémiques de régulation (Friedberg, 1997; Laurin, 1999; Reynaud, 1989, 1999). Il résulte du mouvement imprévisible des alliances achevées parmi différents groupes d'intérêt ou de la coexistence entre différents événements de type politico-administratif et il a tendance à échapper au contrôle des acteurs concernés. L'intégration des stratégies participatives ainsi que leur contribution au changement organisationnel souhaité émerge plutôt de l'interaction complexe voire paradoxale entre des dynamiques comportementales et des facteurs environnementaux (Bernoux, 2002; Bloodgood & Morrow, 2003; Carney, 1987; Child, 1972, 1997; Denis, Langley, & Lozeau, 1995; Stevens & Slack, 1998).

Finalement, le quatrième pilier sur lequel s'appuie le positionnement épistémologique de l'auteur est la *perspective académique*, associée à un processus de gestion dynamique des connaissances (Nonaka, 1994; Nonaka, von Krogh, & Voelpel, 2006). Ce projet de thèse doctorale s'inscrit dans le cadre d'un programme universitaire de formation doctorale en santé publique qui n'est

pas sans lien avec les influences contextuelles exercées par l'exigence d'un processus très intense de production industrielle des connaissances. Avec la mondialisation institutionnelle, les universités et d'autres structures d'enseignement supérieur et de recherche font face à de nombreuses contraintes parfois paradoxales (Brown & Duguid, 2001). La pratique de la recherche dans le domaine de la santé publique n'est pas une exception (Ridde, 2008).

En tant qu'espaces de production, de transfert et de légitimation des savoirs, les institutions universitaires se retrouvent actuellement au cœur d'un débat très intense qui porte sur la relation croissante entre science et société (Lantz, Viruell-Fuentes, Israel, Softley, & Guzman, 2001; Sanders, Labonte, Baum, & Chopra, 2004). Les phénomènes globaux associés à la mondialisation institutionnelle du milieu universitaire, tels que l'institutionnalisation internationale de l'expertise scientifique, le découpage des fonctions d'enseignement et de recherche ou l'intensification des échanges entre des intellectuels et des acteurs représentant les différents secteurs sociétaux accélère la circulation des savoirs dans des contextes autres que le secteur académique (David, 2002; Dehler & Edmonds, 2006). Ceci se traduit inévitablement par la construction sociale de modèles et de schèmes de pensée hybrides qui favorisent l'émergence de nouvelles identités sociotechniques (Callon & Rabearisoa, 2003; Hong & Fiona, 2009). Les connaissances des acteurs circulent par des traductions successives à travers une adaptation progressive des savoirs transculturels et des actions intersectorielles dont la légitimité peut toujours être remise en cause (Callon, 1986). De ce fait, la gestion des connaissances à la fois scientifiquement valides et socialement acceptables constitue un des enjeux majeurs de la pratique de la recherche dans le champ complexe de la santé publique.

L'opérationnalisation dans le terrain de cette thèse doctorale n'est alors pas seulement une démarche cognitive et exclusivement scientifique, mais aussi une affaire de recherche en partenariat et de concertation intersectorielle. Ceci amène l'auteur de cet ouvrage à mettre l'accent sur la création des



communautés épistémiques (Miller & Fox, 2001) configurées par des acteurs impliqués dans la gouverne des milieux de recherche sélectionnés lors de ses démarches empiriques. Ces communautés offrent le milieu idéal pour une production et un transfert plus dynamiques des connaissances tout en créant les conditions nécessaires pour leur utilisation en fonction des intérêts des acteurs concernés (Rist, 2004; Sebenius, 1992; Suarez-Herrera, 2008).

Bref, le positionnement épistémocial de l'auteur se situe dans une perspective à la fois théorique et pratique en essayant de relier les situations localement observées aux scènes nationales et internationales influençant le processus de production, de transfert et d'utilisation des connaissances. Par une combinaison continue des connaissances et des actions, ce projet de thèse doctorale se présente comme l'alliance indissoluble de l'ensemble des savoirs et des pratiques qui interagissent mutuellement dans un scénario « glocal » de recherche-action (Reason & Bradbury, 2006; Sassen, 2004). Dans ce contexte, l'auteur de cette thèse doctorale ne cherche pas à développer des énoncés généraux et transférables d'un contexte d'action à un autre et à les transférer indistinctement à des pratiques participatives d'autres systèmes locaux de santé. Il se sert plutôt des connaissances produites localement dans un contexte d'action donné pour créer un espace d'apprentissage organisationnel qui soit capable d'influencer la pratique des acteurs placés dans ce contexte (Allard-Poesi, 2005; Dehler & Edmonds, 2006; Dickens & Watkins, 1999). En contrepartie, il se sert de cette pratique modifiée pour consolider les connaissances qu'il a produites dans ce contexte et pour ainsi faire progresser la compréhension des dimensions relationnelles et structurelles du phénomène participatif (Suarez-Herrera, 2008). La production collective des connaissances (les savoirs) ainsi que leur mise en action (les pratiques) sont intimement liées dans cette thèse doctorale.

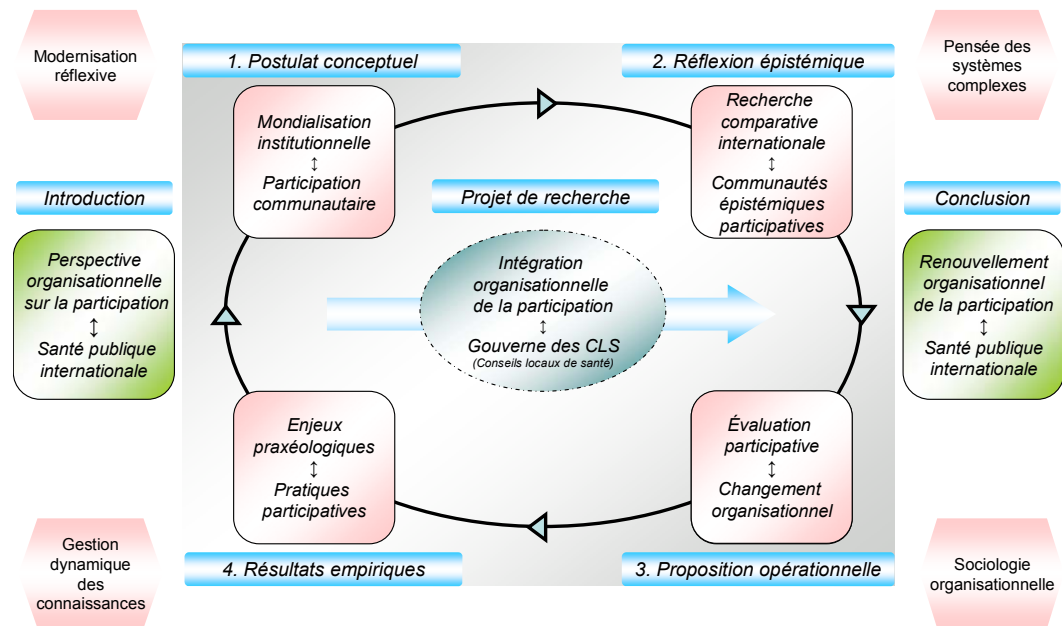
### 3. L'organisation du document

Cette thèse doctorale poursuit une visée clé : se consolider en tant que discours de réconciliation, dont celle de plusieurs discours paradoxaux qui ont émergé à l'échelle internationale à propos du phénomène participatif dans le champ complexe de la santé publique. Les enjeux organisationnels associés, d'une part, à l'intégration locale des pratiques participatives dans la gouverne des CLS et, d'autre part, à l'intégration globale de l'idéal participatif dans les processus de démocratisation de la santé publique, exigent de cette thèse doctorale qu'elle aborde plusieurs facettes de sa complexité épistémologique de façon multidimensionnelle et intersectorielle. De ce fait, il est question d'accompagner la pratique locale associée au travail de recherche empirique d'un processus complémentaire de réflexion critique autour des enjeux conceptuels, méthodologiques et opérationnels qui y sont associés pour enrichir notre conception globale sur le phénomène participatif étudié.

Ainsi, cette thèse doctorale adopte simultanément une structure pratique de nature particulièrement logique qui s'accompagne dialectiquement d'un processus réflexif de nature complexe. L'auteur considère que cette façon de faire est nécessaire pour respecter le caractère paradoxal d'une telle entreprise. Quant à sa dimension logique, cette démarche doctorale suit un parcours pratique bien défini qui débute par l'*introduction* de la thèse, se développe autour de son *projet de recherche* empirique et se clôt par sa *conclusion*. En ce qui concerne la dimension complexe de la thèse, l'auteur développe une démarche réflexive comprenant quatre *articles scientifiques* qui accompagnent itérativement toutes les étapes de la démarche empirique. Ce double processus de production, de transfert et d'utilisation des connaissances, à la fois pratique et réflexif, se développe de façon dialectique par les orientations exercées constamment par la quadruple *perspective* associée au positionnement épistémologique de l'auteur. En conséquence, le projet de recherche empirique trouve sa raison d'être dans le premier article, puis s'inspire des deuxième et troisième articles, et enfin, produit les connaissances nécessaires pour rédiger le quatrième article scientifique.

Afin d'illustrer et de rendre intelligible la dualité épistémologique de ce processus de traduction de connaissances à la fois pratique et réflexif, logique et complexe, local et global, l'auteur a développé un modèle qui relie les différentes sections de cette thèse doctorale qui servira d'appui pour rendre explicite les processus réflexifs et actifs par lesquels il touche à l'intégration du phénomène participatif dans le champ complexe de la santé publique. La figure 1 illustre la mise en relation des principales sections de cette thèse doctorale, à savoir l'introduction, le projet de recherche empirique, les quatre articles scientifiques, les perspectives du positionnement épistémologique de l'auteur et la conclusion.

*L'intégration organisationnelle de la participation : des enjeux locaux pour une santé publique globale*



**Figure 1** : Modélisation de la thèse doctorale

Bien que les dimensions pratique et réflexive de cette thèse doctorale se soient déroulées simultanément dans le temps et dans l'espace et que la démarche empirique du projet de recherche ait été accompagnée en tout temps par le développement des contenus d'un ou plusieurs articles scientifiques, l'auteur a organisé ce document en suivant un ordre séquentiel de ses sections qui facilite la compréhension du processus de mise en œuvre de cette thèse doctorale. Après l'introduction, vient le *projet de recherche* proprement dit, qui rend compte des dimensions conceptuelle, méthodologique et opérationnelle de la démarche empirique développée par l'auteur. Ensuite, l'article 1 expose le *postulat conceptuel* de départ de la thèse doctorale qui vient justifier la pertinence de la mise en œuvre du projet de recherche empirique. Cette section est suivie des articles 2 et 3, qui correspondent en premier lieu à une *réflexion épistémique* à propos des enjeux associés aux approches comparatives de la recherche et en deuxième lieu, à la *proposition opérationnelle* faite au sujet des enjeux associés aux dimensions évaluative et participative du projet de recherche. Ces deux sections ont appuyé l'auteur lors de son travail de développement des stratégies comparative, évaluative et participative et de ses démarches empiriques. L'article 4 rend compte des *résultats empiriques* du projet de recherche à propos des enjeux associés au processus d'intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des CLS. Finalement, la conclusion tisse des liens entre les différents éléments de la thèse doctorale par le biais de considérations d'ordre empirique, méthodologique et conceptuel tout en offrant quelques propositions exploratoires de recherche et d'action. Voici donc la description succincte des sections principales de ce document.

Tout d'abord, l'*introduction* souligne l'importance de prendre en compte les enjeux associés à l'interpénétration dialectique entre la participation des acteurs intersectoriels dans la gouverne des CLS et la prolifération émergente des espaces transnationaux d'action collective. Ici, le point de vue épistémologique de nature organisationnelle adopté par l'auteur lui permet d'explorer en profondeur, de mieux comprendre et de rendre explicite les enjeux

associés aux processus d'intégration démocratique de l'idéal participatif dans le champ complexe de la santé publique, et ce, à l'échelle internationale. Ce point de vue correspond au positionnement épistémologique de l'auteur, construit autour de plusieurs perspectives d'ordre sociopolitique, ontologique, théorique et académique.

Ensuite, le *projet de recherche* rend explicite l'ensemble des démarches empiriques de type comparatif, évaluatif et participatif mises en place sur le plan local. Elles ont comme but de décrire, de mieux comprendre et de rendre intelligible le processus d'intégration organisationnelle des pratiques participatives dans la gouvernance des CLS. Les responsables des systèmes de santé de plusieurs pays suivent de près l'expérience d'implantation des politiques régionales de décentralisation du SUS, qui est en cours de réalisation au Brésil depuis plus de vingt ans déjà. Par ailleurs, ce modèle de gouvernance décentralisatrice des systèmes de santé a été adopté depuis 1999 par le Service canarien de santé (SCS), aux îles Canaries, en Espagne. Dans ces deux pays, les CLS constituent un espace privilégié pour l'implication de tous les secteurs de la société aux processus de décentralisation participative des SSP. Cette situation est une occasion exceptionnelle pour étudier comment une question liée au phénomène de la participation se configure différemment par les divers acteurs intersectoriels impliqués dans des contextes internationaux distincts.

Ensuite, ce document présente le *premier article scientifique*. Il s'agit du postulat conceptuel de départ de la thèse doctorale. À la lumière des théories de la modernisation réflexive, cet article présente l'alignement des éléments conceptuels et opérationnels nécessaires pour examiner les transformations globales associées à la mondialisation institutionnelle des sociétés modernes et leur influence sur l'intégration organisationnelle des pratiques participatives au plan local. À titre d'illustration, les auteurs de cet article s'inspirent de cas spécifiques de la littérature empirique au sujet des CLS, qui sont les étendards du processus de décentralisation du SUS au Brésil. Les CLS

constituent des espaces institutionnels intéressants qui permettent l'observation des forces de tension paradoxales inhérentes aux enjeux organisationnels, ceux-ci étant associés à l'intégration démocratique du phénomène participatif dans le champ complexe de la santé publique internationale. Les enjeux identifiés dans cet article fournissent les éléments argumentaires nécessaires qui justifient la planification et la mise en œuvre de l'expérience empirique de cette thèse doctorale.

De façon parallèle à la section précédente et étant donné la portée internationale de la comparaison effectuée dans cette étude, le *deuxième article* ouvre un espace de réflexion épistémique à propos des enjeux organisationnels, épistémologiques et éthiques associés à la dualité des perspectives analytiques de type universaliste et culturaliste des recherches comparatives. Au jugement de l'auteur, le développement des réseaux transnationaux de recherche comparative permettrait l'alignement raisonnable entre une vision panoramique et l'observation locale des pratiques participatives. Afin de faciliter la mise en place de ces réseaux, il propose la création des communautés épistémiques capables de créer un espace participatif de production sociale de connaissances à long terme dans le but de permettre aux différents groupes d'acteurs locaux concernés d'interagir mutuellement, d'apprendre ensemble, de construire des rapports sociaux plus symétriques et, par conséquent, de développer une pratique locale de recherche participative profondément liée à un discours global de la santé publique qui se développe aujourd'hui dans un contexte mondialisé de complexité et diversité culturelle.

Les dimensions évaluative et participative du projet de recherche présentent d'autres enjeux importants que l'auteur explore dans le *troisième article* de cette thèse doctorale. Le débat actuel au sujet de l'émergence des approches participatives dans la pratique de l'évaluation suggère que l'évaluation participative peut être considérée comme une praxis d'apprentissage organisationnel facilitant le développement d'un processus holistique de

changement intentionnel. Par une réflexion critique sur la façon dont l'évaluation participative a été conceptualisée, cet article fournit d'abord un aperçu des enjeux contextuels qui se posent dans la création d'environnements d'apprentissage par l'évaluation participative. En raison de la nature pluraliste des organisations modernes et des contraintes contextuelles, les évaluateurs semblent largement favoriser un apprentissage de type instrumental. Paradoxalement, ce type d'apprentissage peut s'avérer être une source importante de résistance au changement intentionnel. Cet article établit une proposition organisationnelle axée sur un processus de développement de capacités en recherche évaluative. L'apprentissage organisationnel inhérent au développement de compétences évaluatives permettra de surmonter partiellement les enjeux contextuels associés aux dimensions évaluative et participative du projet de recherche tout en dépassant les résistances inattendues au changement intentionnel générées par les acteurs concernés.

Le *quatrième article* présente les résultats empiriques du projet de recherche autour d'enjeux d'ordre praxéologique associés au processus d'intégration organisationnelle des pratiques participatives dans la gouverne des CLS. Il s'agit-là des résultats d'une étude internationale de type comparatif, évaluatif et participatif qui cherche à décrire et à mieux comprendre les processus par lesquels le réseau sociotechnique configurant l'intégration organisationnelle des pratiques participatives dans la gouverne des CLS vient se traduire en un système complexe d'action et d'intervention participatif. Situées dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP de Salvador de Bahia (Brésil) et des îles Canaries (Espagne), les pratiques participatives des acteurs concernés s'intègrent graduellement par un processus paradoxal de traduction organisationnelle qui confirme la relation réciproque entre les rapports stratégiques de pouvoir exercés par les acteurs intersectoriels et les mécanismes systémiques de régulation établis par le contexte institutionnel. Dans ce sens, cet article promeut l'alignement épistémologique entre, d'une part, la création

d'espaces locaux d'action et d'intervention participatifs et, d'autre part, les représentations globales de démocratisation de la santé publique.

Enfin, l'interpénétration des sections relatives aux dimensions logique et complexe de cette thèse doctorale aboutit dans la *conclusion* du document, dans laquelle l'auteur établit des liens entre les sous-sections principales du projet de recherche et les autres sections de la thèse doctorale, à savoir l'introduction, les quatre articles scientifiques et les perspectives du positionnement épistémologique de l'auteur. Plus spécifiquement, il confronte les résultats, la discussion et la conclusion du projet de recherche empirique aux propos organisationnels du postulat conceptuel de départ, ainsi qu'à la question de recherche, aux lignes de réflexion et aux enjeux identifiés lors de la recension des écrits du projet de recherche empirique. L'auteur propose finalement un renouvellement organisationnel de la notion de « participation communautaire ». Le *modèle de la transition organisationnelle* (MTO) est donc proposé comme un dispositif épistémologique permettant de concevoir toute intervention complexe de santé en tant que *réseau épistémologique de pratiques participatives* (RÉPP). Un tel renouvellement soulève de toute évidence des considérations d'ordre conceptuel, méthodologique et opérationnel à propos des enjeux locaux associés au processus d'intégration de l'idéal participatif dans le champ complexe de la santé publique internationale.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abelson, J., & Eyles, J. (2002). *Public Participation and Citizen Governance in the Canadian Health System* (No. 7). Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Allard-Poesi, F. (2005). The Paradox of Sensemaking in Organizational Analysis. *Organization, 12*(2), 169-196.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, O., & McKee, M. (2004). Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet, 363*(9426), 2084-2086.
- Beck, U. (1986). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.
- Beech, N., Burns, H., de Caestecker, L., MacIntosh, R., & MacLean, D. (2004). Paradox as invitation to act in problematic change situations. *Human Relations, 57*(10), 1313-1332.
- Bernoux, P. (2002). Le changement dans les organisations : entre structures et interactions. *Relations industrielles / Industrial Relations, 57*(1), 77-99.
- Bispo-Junior, J. P., & Sampaio, J. J. (2008). Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Pan American Journal of Public Health, 23*(6), 403-409.
- Bloodgood, J. M., & Morrow, J. L. (2003). Strategic Organizational Change: Exploring the Roles of Environmental Structure, Internal Conscious Awareness and Knowledge\*. *Journal of Management Studies, 40*(7), 1761-1782.
- Bouchikki, H. (1998). Living with and Building on Complexity: A Constructivist Perspective on Organizations. *Organization, 5*(2), 217-232.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (2001). Knowledge and Organization: A Social-Practice Perspective. *Organization Science, 12*(2), 198-213.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique, 36*, 169-208.
- Callon, M., & Rabeharisoa, V. (2003). Research "in the wild" and the shaping of new social identities. *Technology in Society, 25*(2), 193-204.
- Campbell-Hunt, C. (2007). Complexity in practice. *Human Relations, 60*(5), 793-823.
- Carney, M. G. (1987). The Strategy and Structure of Collective Action. *Organization Studies, 8*(4), 341-362.
- Carvalho, I. A. (1998). Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciência & Saúde Coletiva, 3*(1), 23-25.
- Child, J. (1972). Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice. *Sociology, 6*(1), 1-22.

- Child, J. (1997). Strategic Choice in the Analysis of Action, Structure, Organizations and Environment: Retrospect and Prospect. *Organization Studies*, 18(1), 43-76.
- Chwe, M. S. (1999). Structure and Strategy in Collective Action. *American Journal of Sociology*, 105(1), 128-156.
- Crozier, M. (2000a). *A quoi sert la sociologie des organisations ? Tome 1 : Théorie, culture et société*. Paris: Seli Arslan.
- Crozier, M. (2000b). *A quoi sert la sociologie des organisations ? Tome 2 : Vers un nouveau raisonnement pour l'action*. Paris: Seli Arslan.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- David, M. (2002). Problems of participation: the limits of action research. *International Journal of Social Research Methodology*, 5, 11-17.
- Dehler, G. E., & Edmonds, R. K. (2006). Using Action Research to Connect Practice to Learning: A Course Project for Working Management Students. *Journal of Management Education*, 30(5), 636-669.
- Denis, J. L., Langley, A., & Lozeau, D. (1995). The role and impact of formal strategic planning in public hospitals. *Health Services Management Research*, 8(2), 86-112.
- Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.
- Dickens, L., & Watkins, K. (1999). Action Research: Rethinking Lewin. *Management Learning*, 30(2), 127-140.
- Foudriat, M. (2007). *Sociologie des organisations. 2e édition*. Paris: Pearson Education France.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Éditions du Seuil.
- Fuks, M. (2005). Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. *Revista de Sociologia e Política*, 25, 47-61.
- Gerschman, S. (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1670-1681.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Guizardi, F. L., & Pinheiro, R. (2006). Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 797-805.

- Hong, J., & Fiona, K. (2009). Conflicting Identities and Power Between Communities of Practice: The Case of IT Outsourcing. *Management Learning*, 40(3), 311-326.
- Hosking, D. M. (1999). Social construction as process: some new possibilities for research and development. *Concepts & Transformation*, 4(2), 117-132.
- Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5-27.
- Kickbusch, I. (1999). Global + local = glocal public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(8), 451-452.
- Kickbusch, I. (2000). The development of international health policies - accountability intact? *Social Science & Medicine*, 51(6), 979-989.
- Kickbusch, I., & de Leeuw, E. (1999). Global public health: revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*, 14(4), 285-288.
- Kollock, P. (1998). Social Dilemmas: The Anatomy of Cooperation. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 183-214.
- Labra, M. E. (2002). Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? *Cadernos de Saúde Pública*, 18, S47-S55.
- Labra, M. E. (2006). Conselhos de Saúde. Visões “macro” e “micro”. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 199-221.
- Labra, M. E., & Figueiredo, J. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 537-547.
- Lantz, P. M., Viruell-Fuentes, E., Israel, B. A., Softley, D., & Guzman, R. (2001). Can Communities and Academia Work Together on Public Health Research? Evaluation Results From a Community-Based Participatory Research Partnership in Detroit. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78, 495-507.
- Laurin, N. (1999). Le démantèlement des institutions intermédiaires de la régulation sociale. Vers une nouvelle forme de domination. *Sociologie et sociétés XXXI*(2), 65-72.
- Maciel Filho, R., & Araújo Jr, J. L. C. d. (2002). Discussing community participation in health: an approach from the Brazilian experience. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2, 91-103.
- McKee, M., Gilmore, A. B., & Schwalbe, N. (2005a). International cooperation and health. Part I: issues and concepts. *J Epidemiol Community Health*, 59(8), 628-631.
- McKee, M., Gilmore, A. B., & Schwalbe, N. (2005b). International cooperation and health. Part II: making a difference. *J Epidemiol Community Health*, 59(9), 737-739.

- McMichael, A. J., & Beaglehole, R. (2000). The changing global context of public health. *The Lancet*, 356, 495-499.
- Miller, H. T., & Fox, C. J. (2001). The Epistemic Community. *Administration Society*, 32(6), 668-685.
- Morin, E. (1977). *La méthode. I. La Nature de la Nature*. (Vol. I). Paris: Éditions du Seuil.
- Moulet, M. (1992). *Le management clandestin*. Paris: InterEditions.
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14-37.
- Nonaka, I., von Krogh, G., & Voelpel, S. (2006). Organizational Knowledge Creation Theory: Evolutionary Paths and Future Advances. *Organization Studies*, 27(8), 1179-1208.
- Pessoto, U. C., Nascimento, P. R., & Heimann, L. S. (2001). A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 89-97.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). (2006). *Handbook of Action Research*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Reddy, K. S. (2002). Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. *Public Health Nutrition*, 5(1A), 231-237.
- Regnér, P. (2008). Strategy-as-practice and dynamic capabilities: Steps towards a dynamic view of strategy. *Human Relations*, 61(4), 565-588.
- Reynaud, J.-D. (1989). *Les Règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin.
- Reynaud, J.-D. (1999). *Le conflit, la négociation et la règle. 2e édition augmentée*. Toulouse: Octarès Éditions.
- Ridde, V. (2008). Defying boundaries: globalization, bureaucracy and academic exchange. *Global Health Promotion*, 15(1), 3-4.
- Rist, S., Zimmermann, A., & Wiesmann, U. (2004). *From epistemic monoculture to cooperation between epistemic communities – lessons learnt from development research*. Paper presented at the International Conference “Bridging Epistemologies”. Alexandria: Millennium Assessment.
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations. Approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Sanders, D., Labonte, R., Baum, F., & Chopra, M. (2004). Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82.

- Sassen, S. (2004). Local Actors in Global Politics. *Current Sociology*, 52(4), 649-670.
- Sebenius, J. K. (1992). Challenging Conventional Explanations of International Cooperation: Negotiation Analysis and the Case of Epistemic Communities. *International Organization*, 46(1), 323-365.
- Sénécal, G. (2005). Conflits de proximité et coopération : une géographie des acteurs et des interactions sociales. *Cahiers de géographie du Québec*, 49(138), 277-285.
- Serapioni, M., & Romani, O. (2006). Potencialidades e desafios da participação em instancias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Italia, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2411-2421.
- Stevens, J. A., & Slack, T. (1998). Integrating social action and structural constraints: Towards a More Holistic Explanation of Organizational Change. *International Review for the Sociology of Sport*, 33(2), 143-154.
- Suarez-Herrera, J. C. (2008). L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine. In V. Ridde & K. Mohindra (Eds.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec* (pp. 41-56). Montréal: Acfas.
- Suarez-Herrera, J. C., O'Shanahan Juan, J. J., & Serra-Majem, L. (2009). La participación social como estrategia central de la Nutrición Comunitaria para afrontar los desafios asociados a la transición nutricional. *Revista Espanola de Salud Publica*, 83(6), 791-803.
- Tremblay, M. (2004). Droits, santé et participation démocratique. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 41-49.
- Valla, V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saude Publica*, 14, S07-S18.
- Van Stralen, C., Lima, Â.-M., Fonseca-Sobrinho, D. d., Saraiva, L., Van Stralen, T., & Belisário, S. (2006). Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 621-632.
- Wendhausen, Á., & Caponi, S. (2002). O diálogo e a participação em um conselho local de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1621-1628.
- White, L. (2001). 'Effective governance' through complexity thinking and management science. *Systems Research and Behavioral Science*, 18(3), 241-257.
- Whittington, R. (2006). Completing the Practice Turn in Strategy Research. *Organization Studies*, 27(5), 613-634.
- Yach, D., & Bettcher, D. (1998a). The globalization of public health, I: Threats and opportunities. *American Journal of Public Health*, 88(5), 735-738.

- Yach, D., & Bettcher, D. (1998b). The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism. *American Journal of Public Health*, 88(5), 738-744.
- Zajac, G., & Bruhn, J. G. (1999). The Moral Context of Participation in Planned Organizational Change and Learning. *Administration Society*, 30(6), 706-733.

## **Projet de recherche empirique**

# **L'intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des conseils locaux de santé – les cas des conseils locaux de santé à Salvador de Bahia (Brésil) et aux Îles Canaries (Espagne)**

Auteurs : José Carlos Suárez Herrera  
François Champagne  
André-Pierre Contandriopoulos

Ce document rend compte en détails des dimensions conceptuelle, méthodologique et opérationnelle du projet de recherche empirique autour duquel s'articule cette thèse doctorale. Il comprend cinq sections qui correspondent respectivement à l'articulation des éléments associés à la situation-problème autour du phénomène à l'étude, aux démarches relatives à la conceptualisation de l'étude, à la mise en contexte des milieux de recherche et des cas-intervention privilégiés par l'auteur, aux étapes associées au déroulement opérationnel du projet de recherche et finalement, aux processus déployés pour garantir la mise en qualité de l'étude dans des termes de validité scientifique et d'acceptation sociale.

## AUTEUR RESPONSABLE

José Carlos Suárez Herrera, B.Sc., M.PH. (Hons.), M.Sc.  
 Ph.D. (c) en santé publique (Organisation de soins)  
*Département d'administration de la santé (DASUM)*  
 Université de Montréal  
 Québec (Canada)  
*Cátedra UNITWIN-UNESCO de IPD-SILOS*  
 Universidad de Las Palmas de Gran Canaria  
 Las Palmas de Gran Canaria (España)

## NOTE DE L'AUTEUR

L'auteur de ce rapport remercie de leur collaboration les membres des deux comités épistémiques participatifs (CÉP) créés pour le déroulement du travail empirique de cette étude. Ces CÉP sont composés de :

### À Salvador de Bahia (Brésil)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| - Carmen Fontes Teixeira | - Instituto de Saúde Coletiva (ISC)                  |
| - Heleni Ávila           | - Universidade Federal de Bahia (UFBA)               |
| - Sara Cerqueira         | - Coordenaria de Gestão Participativa                |
| - Patrícia Regina        | - Secretaria Municipal da Saúde de Salvador de Bahia |
|                          | - Coordenadoria de Assessoria Técnica                |
|                          | - Secretaria Municipal da Saúde de Salvador de Bahia |
|                          | - Centro de Saúde Ministro Alkimin                   |
|                          | - Secretaria Municipal da Saúde de Salvador de Bahia |

### Aux îles Canaries (Espagne)

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| - José Joaquín O'Shanahan Juan   | - Unidad de Apoyo del Servicio Canario de Salud |
| - Francisco José Navarro Vázquez | - Servicio Canario de Salud (SCS)               |
| - Victorio Perera Cárdenes       | - Área Técnica                                  |
| - María Teresa Martín            | - Gerencia de Atención Primaria de Salud (APS)  |
|                                  | - Unidad Docente                                |
|                                  | - Gerencia de Atención Primaria de Salud (APS)  |
|                                  | - Zona Básica de Salud de Gáldar                |
|                                  | - Gerencia de Atención Primaria de Salud (APS)  |



## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	29
<b>LISTE DES FIGURES</b>	29
<b>LISTE D'ACRONYMES</b>	30
<b>INTRODUCTION</b>	32
<b>PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATISATION DE L'ÉTUDE</b>	36
Chapitre 1 : Situation-problème : L'intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des conseils locaux de santé (CLS)	38
Chapitre 2 : Spécification de la situation-problème	43
1. La notion de participation : les pratiques participatives	44
2. La question de recherche et les lignes de réflexion	46
3. Les finalités de l'étude	47
4. La prémisse de départ	48
Chapitre 3 : Recension succincte des écrits relatifs aux enjeux de la situation-problème	50
1. Les enjeux praxéologiques : Les espaces d'action et d'intervention participatifs	51
2. Les enjeux discursifs : La dimension politique de la participation	55
3. Les enjeux symboliques : Les représentations sociales de l'idéal participatif	59
4. Conclusion de la section	62
<b>DEUXIÈME PARTIE : CONCEPTUALISATION DE L'ÉTUDE</b>	65
Chapitre 4 : Modèle de la transition organisationnelle (MTO)	67
1. La conceptualisation du MTO	69
2. L'opérationnalisation du MTO	76
3. L'instrumentalisation du MTO	81
Chapitre 5 : Stratégie de recherche privilégiée : La recherche-action	96
1. L'approche évaluative : L'évaluation de processus	96
2. L'approche participative : L'évaluation participative	98
3. L'approche comparative : L'étude de cas multiples	99

<b>TROISIÈME PARTIE : CONTEXTUALISATION DE L'ÉTUDE</b>	101
Chapitre 6 : Milieux de recherche de l'étude	103
1. Les politiques de décentralisation des SSP au Brésil	105
2. Les politiques de décentralisation des SSP en Espagne	106
Chapitre 7 : Cas-intervention de l'étude	108
1. La situation des CLS à Salvador de Bahia (Brésil)	109
2. La situation des CLS aux îles Canaries (Espagne)	117
<b>QUATRIÈME PARTIE : OPÉRATIONNALISATION DE L'ÉTUDE</b>	127
Chapitre 8 : Initiation de l'étude : Création des comités épistémiques participatifs	129
Chapitre 9 : Préparation de l'étude : Configuration des réseaux sociotechniques	134
Chapitre 10 : Mise en œuvre de l'étude : Transition critique des connaissances	138
1. La production de données	139
2. Le raisonnement pratique	152
3. L'utilisation des connaissances	160
<b>CINQUIÈME PARTIE : MISE EN QUALITÉ DE L'ÉTUDE</b>	164
Chapitre 11: Critères scientifiques de validation : La validité scientifique	166
1. La validité interne ou crédibilité	166
2. La validité externe ou transférabilité	169
3. La fiabilité ou cohérence interne	170
Chapitre 12 : Considération éthiques de responsabilisation : L'acceptation sociale	171
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	175

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Modèle standard de la grille d'instrumentalisation du MTO	82
Tableau 2	Configuration du réseau sociotechnique	85
Tableau 3	Établissement des dynamiques collaboratives	90
Tableau 4	Constitution du système complexe d'action et d'intervention participatif	95
Tableau 5	Composition des CÉP	130
Tableau 6	Présence du chercheur dans le terrain	140
Tableau 7	Distribution des entrevues par année et milieu de recherche	142
Tableau 8	Distribution des entrevues par palier d'influence, année et milieu de recherche	143

## LISTE DE FIGURES

Figure 2	Dimensions de la situation-problème de la participation	42
Figure 3	Les enjeux associés au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne de CLS	51
Figure 4	Modèle de la transition organisationnelle (MTO)	79
Figure 5	Opérationnalisation du MTO	81
Figure 6	Bureau de travail du logiciel QDA Miner 3.0.	151

## LISTE D'ACRONYMES

APS	Atención Primaria de Salud
ASTÉ	Appréciation sociotechnique de l'évaluabilité
CA	Communautés Autonomes
CDS	Conseils de district de santé
CÉP	Comité épistémique participatif
CÉR	Comité éthique de recherche
CLS	Conseil local de santé
CMS	Conseil municipal de santé
CONASEMS	Conseil national de secrétariats municipaux de santé
COSEMS-BA	Conseil provincial de secrétariats municipaux de santé de Bahia
CS	Centre de santé
CSZ	Conseil de santé de zone
DASUM	Département d'administration de la santé
IPD-SILOS	Investigación, Planificación y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LOSCA	Loi d'organisation sanitaire des îles Canaries
MTO	Modèle de la transition organisationnelle
O-P-R	Observation-participation-réflexion
PACAP	Programa de actividades comunitarias de Atención Primaria de Salud
PACS	Programme d'agents communautaires de la santé
PP	Pratiques participatives
PSF	Programme de santé de la famille
RST	Réseau sociotechnique
SCS	Servicio Canario de Salud
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SNS	Système national de santé
SP	Santé publique

SSP	Soins de santé primaires
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Transition critique des connaissances
TICs	Technologies de l'information et de la communication
TOC	Traduction organisationnelle des connaissances
UFBA	Universidade Federal de Bahia
UNESCO	United Nations for Education, Science and Culture Organisation
UNITWIN	University Twinning and Networking

## INTRODUCTION

Les enjeux organisationnels associés à la participation des acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des conseils locaux de santé (CLS) constituent une entrave d'envergure à l'intégration pratique de l'idéal démocratique dans la santé publique contemporaine. Les acteurs concernés représentent de nombreux secteurs sociétaux autres que celui de la santé (Gerschman, 2004), ce qui implique le développement d'arrangements de partenariat complexes et fort dynamiques, fondés sur des pratiques stratégiques inhérentes aux organisations dites « pluralistes » (Denis, Langley, & Rouleau, 2007).

Les responsables des systèmes de santé de plusieurs pays suivent de près l'expérience d'implantation des politiques régionales de décentralisation du Sistema Único de Saúde (SUS), qui est en cours de réalisation au Brésil depuis vingt ans déjà. Par ailleurs, ce modèle de gouvernance décentralisatrice des systèmes de santé a été adopté en 1999 par le Servicio Canario de Salud (SCS), aux îles Canaries, en Espagne. Dans ces deux pays, les CLS constituent un espace privilégié pour l'implication de tous les secteurs de la société au développement du bien-être intégral des populations.

Dans ce contexte particulièrement complexe de réorganisation constante, on observe graduellement, de bien différentes façons, une participation accrue d'un ensemble d'acteurs intersectoriels à la gouverne des systèmes de santé dans la poursuite d'intérêt et d'objectifs multiples et souvent contradictoires (Fuks, 2005; Labra, 2006; Valla, 1998). Nous croyons que cette situation est une occasion exceptionnelle pour étudier comment une question reliée au phénomène de la participation intersectorielle se configure différemment par les divers acteurs intersectoriels impliqués dans des contextes internationaux distincts.

La première section de ce document correspond à l'articulation des éléments nécessaires pour construire la formulation de la situation considérée comme étant problématique autour du processus d'intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des CLS.

Ainsi, dans le chapitre 1 de ce document, nous formulons la situation-problème inhérente à l'intégration organisationnelle de la participation en fonction de trois dimensions principales : la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique, le discours institutionnel de décentralisation des soins de santé primaires (SSP) et enfin, l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS. Une fois le problème situé, le chapitre 2 met en place les activités nécessaires pour spécifier la situation-problème, à savoir, la conceptualisation de notre notion de participation en tant que « pratiques participatives » (PP), la formulation de la question de recherche et les lignes de réflexion critique complémentaires, et enfin la spécification des finalités et la description de la prémisse de départ de cette étude. Le chapitre 3 consiste en l'examen approfondi et systématique de l'état actuel de connaissances au sujet de la situation-problème.

Après avoir cerné les différentes dimensions de la situation-problème de l'étude à trois niveaux de complexité organisationnelle et exposé l'état de connaissances sur les enjeux relatifs à l'interaction entre ces dimensions, il s'agit dans la deuxième section de ce document de rendre explicite la démarche de *conceptualisation* de l'étude.

Étant donné cette perspective complexe du phénomène participatif, le chapitre 4 décrit les dimensions d'ordre conceptuel, opérationnel et instrumental du modèle de la transition organisationnelle (MTO). Ce modèle guide le chercheur à répondre à la question de recherche, à savoir comment le réseau sociotechnique configurant l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS vient se traduire dans un système complexe d'action et

d'intervention participatif. Ensuite, la stratégie de recherche privilégiée, la recherche-action, est conçue dans le chapitre 5 de cette étude comme un construit épistémologique axé sur un travail collaboratif d'une très grande richesse symbolique, discursive et praxéologique.

La troisième section de ce document consiste à circonscrire l'univers organisationnel du *contexte* au sein duquel le chercheur s'attarde au phénomène à l'étude. Le principe d'adaptation à l'environnement nous montre la pertinence de traduire la complexification des phénomènes organisationnels par rapport aux influences contextuelles qui les affectent.

Ainsi, le chapitre 6 décrit les aspects organisationnels des milieux de recherche de cette étude qui correspondent aux politiques régionales de décentralisation mises en place dans les systèmes de santé de Salvador de Bahia (Brésil) et des îles Canaries (Espagne). De son côté, le chapitre 7 décrit les aspects fondamentaux des cas-intervention de cette étude, qui correspondent aux CLS implantés dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP à Salvador de Bahia et aux îles Canaries.

La quatrième section de ce document rend compte de l'opérationnalisation du projet dans les milieux de recherche de cette étude. Elle présente en détails le déroulement de notre démarche empirique, qui est considérée comme un processus de *traduction organisationnelle de connaissances* (TOC) qui se déroule en trois phases : (1) l'initiation de l'étude ou création des comités épistémiques participatifs (CÉP); (2) la préparation de l'étude ou configuration des réseaux sociotechniques (RST) et; (3), la mise en œuvre de l'étude ou transition critique des connaissances (TCC).

Le chapitre huit décrit les opérations relatives à l'initiation de l'étude, axée sur la création des CÉP. Ces comités ont joué un rôle essentiel dans l'opérationnalisation des démarches empiriques de ce projet, telles que



l'appréciation de l'évaluabilité et le choix des cas-intervention à l'étude. Ensuite, le chapitre neuf retrace les opérations relatives à la préparation de l'étude. Le chercheur s'inspire des éléments de la théorie de la traduction (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986) pour configurer les réseaux sociotechniques nécessaires pour traduire les différentes logiques d'action intersectorielle inhérentes aux milieux locaux de recherche. Enfin, le chapitre 10 rend compte des opérations relatives à la mise en œuvre du processus de transition critique des connaissances (TCC). Ce processus comprend trois étapes, c'est-à-dire la production de données, le raisonnement pratique et l'utilisation de connaissances appuyant le chercheur dans l'exercice critique de transformation itérative des données recueillies en des connaissances collectivement produites et des actions politiquement articulées.

La cinquième section de cette étude rend compte du processus de *mise en qualité* du projet de recherche, qui présente une démarche complexe axée sur la production, le transfert et l'utilisation de connaissances scientifiquement valides et socialement acceptables. La qualité de ces connaissances doit répondre en conséquence à des exigences relatives à la validité scientifique et à l'acceptation sociale.

Le chapitre 11 présente les principaux critères scientifiques de validation mis de l'avant dans cette étude en vue d'en arriver à en garantir sa qualité. Ces critères sont la validité interne ou crédibilité, la validité externe ou transférabilité et la fiabilité ou cohérence interne. Finalement, le chapitre 12 présente les principales considérations éthiques de responsabilisation privilégiées nous permettant de trouver un compromis entre les exigences méthodologiques et les requis déontologiques de cette étude.

## **PREMIÈRE PARTIE – PROBLÉMATISATION DE L'ÉTUDE**

La première section de cette étude correspond à l'articulation des éléments nécessaires pour construire, le plus précisément possible, la formulation de la situation considérée comme étant problématique. Ceci facilite sa spécification postérieure dans le cadre de notre projet de recherche et permet de connaître l'état actuel de connaissances autour du phénomène sous étude, à savoir l'intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des CLS.

Le chapitre 1 décrit la situation-problème de l'étude. Construit subjectif, la notion de situation renvoie à un ordre social constitué par un ensemble de configurations conditionnelles interalliées à plusieurs niveaux de complexité. Dans ce contexte, nous partons de la base que tout phénomène participatif doit être compris en lien intime avec un ensemble de dimensions configurant, à un moment donné, l'état de lieu de la situation qui pose problème par rapport à ce phénomène. Ainsi, dans ce chapitre nous formulons la situation-problème inhérente à l'intégration organisationnelle de la participation en fonction de trois dimensions principales : la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique, le discours institutionnel de décentralisation des SSP et enfin, l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS.

Une fois le problème situé, le chapitre 2 met en place les activités nécessaires pour spécifier la situation-problème. Ceci consiste, tout d'abord, à conceptualiser notre notion de la participation en tant que « pratiques participatives » (PP) ce qui facilite un abord empirique axé non seulement sur le plan comportemental du phénomène participatif, mais aussi sur le plan environnemental plus large. Ensuite nous formulons notre question de recherche et les lignes de réflexion critique nécessaires pour une compréhension intégrale du phénomène à l'étude. Ce chapitre termine avec la spécification des finalités et la description de la prémisse de départ de cette étude.

Le chapitre 3 consiste en l'examen approfondi et systématique de l'état actuel de connaissances au sujet de la situation-problème. Pour ce faire, nous articulons les écrits autour des différentes dimensions influençant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS. Étant donné sa complexité, la connaissance précise et exacte au sujet du phénomène participatif pose problème. Ainsi, cette recension des écrits ne vise pas l'exhaustivité des connaissances au sujet de la participation dans le domaine de la santé publique, un travail qui est déjà très avancé dans des études de recherche fondamentale. Elle vise plutôt à offrir un *regard critique* autour des enjeux associés à l'interaction des dimensions essentielles configurant la situation-problème de cette étude. Le plan de la recension des écrits peut être consulté à l'annexe 1 de ce document.

## **CHAPITRE 1 – SITUATION PROBLÈME : L'INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE DE LA PARTICIPATION DANS LA GOUVERNE DES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ (CLS)**

L'émergence de l'idéal participatif, à l'ère de la mondialisation institutionnelle des sociétés modernes, fait partie inhérente de la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique. Cet idéal constitue l'un des fondements essentiels du discours de la nouvelle santé publique (Baum, 2002; Kickbusch & de Leeuw, 1999; MacKian, Elliott, Busby, & Popay, 2003; Petersen & Lupton, 1996; Schwab & Syme, 1997) et rejoint les principes et les valeurs de toute société soi-disant démocratique (A.-P. Contandriopoulos, 2003; Tremblay, 2004).

La participation de tous les secteurs de la population dans les décisions prises au sujet des problèmes sociaux et de la santé s'avère désormais une stratégie nécessaire pour une gouverne démocratique du processus de renouvellement organisationnel des systèmes de santé contemporains (Abelson & Eyles, 2002; Kickbusch & de Leeuw, 1999). Dans ce contexte, les responsables de nombreux systèmes de santé publics cherchent à développer des espaces institutionnels de type participatif capables d'influencer efficacement les processus décisionnels des organisations de soins de santé (Abelson, et al., 2003; El Ansari & Phillips, 2001; McKie, 2003).

De cette façon ce processus de renouvellement démocratique des services sociaux et de la santé a inspiré à l'échelle internationale plusieurs initiatives de réforme organisationnelle aux cours des dernières décennies. Cette tendance à la réorganisation participative des soins a été axée, en grande partie, sur un discours institutionnel incontournable : celui de la décentralisation des processus de prise de décisions. Le changement organisationnel mis en œuvre par la décentralisation propose initialement la redistribution de l'autorité et la responsabilité depuis les niveaux supérieurs de l'administration vers les autorités régionales, provinciales ou locales (Pomey & Dubois, 2007). Ceci renforcerait le

développement des compétences décisionnelles des organisations locales ainsi que le potentiel de participation des acteurs concernés par le processus de réorganisation des soins de santé (Milewa, Valentine, & Calnan, 1998).

Dans ce contexte, plusieurs stratégies participatives sont alors privilégiées : d'une part, l'implication éventuelle des acteurs du domaine de la santé, provenant des paliers d'influence régionale et centrale, dans les processus de territorialisation du système régional de santé et, d'autre part, la participation directe des acteurs régionaux et locaux, sous la forme plus spécifique d'une représentation formelle de tous les secteurs sociétaux, à des espaces institutionnels de participation. Tel est le cas des conseils municipaux de santé (CMS) ou même, dans certaines expériences plus récentes, des instances plus rapprochées des unités territoriales de santé, les conseils locaux de santé (CLS).

Ainsi, l'implantation de cette expérience de décentralisation institutionnelle participative par l'implantation des CLS peut être observée, à l'échelle internationale, dans plusieurs systèmes de santé, notamment ceux du Brésil (Labra, 2006; Van Stralen, et al., 2006; Vargas-Côrtés, 2002), du Royaume-Uni (Hogg, 2007; North & Werko, 2002; Peck, 1998), de la Suède (Ainsworth, 1998; Anell, 1996; Brittain, Taylor, & Tyler, 2002; Rosen, 2006), du Canada (Eliasoph, et al., 2007; Frankish, Kwan, Ratner, Higgins, & Larsen, 2002a, 2002b; Quantz & Thurston, 2006), et de l'Espagne (Barcelo-Aparicio, et al., 1992; Peiro-Moreno & Tarrazona-Hervas, 1992; Sanchez-Moreno, et al., 1991).

Les responsables des systèmes de santé de plusieurs pays, engagés dans cette entreprise relativement complexe, sont au fait de l'expérience d'implantation des politiques régionales de décentralisation du Sistema Único de Saúde (SUS), qui est en cours de réalisation au Brésil depuis vingt ans déjà. Dans le modèle brésilien, la territorialisation du SUS par le biais de l'implantation des CLS occupe définitivement une place de choix. L'actualisation au quotidien de

ces politiques est fondée sur cette conviction profonde, partagée par un plus en plus grand nombre d'acteurs de ce système, que le processus de production de la santé-maladie est un processus déterminé socialement. De plus, c'est seulement l'actualisation d'une approche collective (la conduite des interventions intersectorielles et interdisciplinaires) qui peut générer des impacts profonds et durables sur le développement de la santé et du bien-être des populations contemporaines.

Par ailleurs, dans le territoire espagnol, ce modèle de gouvernance décentralisatrice des systèmes de santé a été adopté en 1999 par le Servicio Canario de Salud (SCS), aux îles Canaries. Ici, la création des CLS comme espaces de participation dans le domaine des SSP est la manifestation d'un processus de réorganisation des soins qui dépasse les principes classiques de gestion des systèmes de santé, tout en renforçant la participation intersectorielle des acteurs concernés. Cette approche intersectorielle s'avère de cette façon un atout nécessaire pour la gouverne démocratique du SCS et pour le développement durable du plan stratégique de santé des îles Canaries.

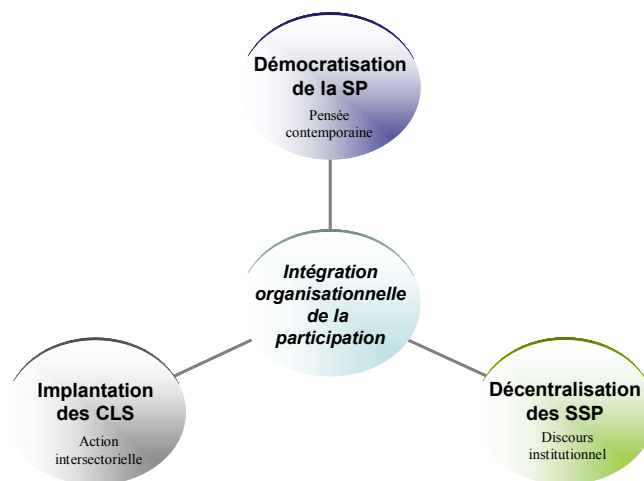
Dans ces deux pays, les CLS constituent donc un espace privilégié pour l'implication de tous les secteurs des sociétés contemporaines dans le développement du bien-être intégral des populations. Ils sont définitivement une stratégie intéressante pour répondre de façon efficace aux changements que les avancées technoscientifiques, les nouveaux styles de vie et le développement populationnel durable exigent des responsables des systèmes de santé. Les modèles contemporains de décentralisation situent les CLS en tant que dispositifs nécessaires pour la prise de décision collective en matière des services sociaux et de santé. Ils ne sont pas un simple instrument participatif, mais ils constituent un espace institutionnel innovateur qui favorise l'opportunité et l'effectivité de l'engagement intersectoriel aux aspects décisionnels des systèmes de santé contemporains. Ainsi, dans ce contexte particulièrement complexe de réorganisation constante, on observe graduellement une participation accrue d'un

ensemble d'acteurs intersectoriels à la gouverne des systèmes de santé de bien différentes façons dans la poursuite d'intérêts et d'objectifs multiples et souvent contradictoires (Fuks, 2005; Labra, 2006; Valla, 1998).

Les enjeux organisationnels relatifs à la participation des acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des CLS méritent donc d'être examinés. La régulation du discours institutionnel de décentralisation est caractérisée par une forte imbrication des compétences intersectorielles (Frankish, et al., 2002a; Milewa, et al., 1998; Wendhausen, 2006), ce qui constitue une entrave d'envergure à l'intégration pratique de l'idéal démocratique dans la santé publique contemporaine. Les acteurs concernés y sont nombreux, représentant des secteurs sociétaux et des domaines institutionnels autres que celui de la santé, ainsi que plusieurs champs de pratique fort diversifiés (Gerschman, 2004). Ceci implique le développement des arrangements de partenariat complexes et fort dynamiques, fondés sur des pratiques stratégiques inhérentes aux organisations dites « pluralistes », c'est-à-dire des contextes organisationnels où les valeurs sont multiples et ambiguës, où les rapports de pouvoir et les mécanismes de régulation sont développés entre parties prenantes diverses, et où la connaissance nécessaire pour prendre des décisions est distribuée parmi des acteurs à plusieurs paliers d'influence dans l'organisation (Denis, et al., 2007).

Cette vision complexe de l'idéal participatif dans le domaine de la santé exige manifestement une prise en considération évaluative, participative et comparative des enjeux reliés à l'intégration organisationnelle de la participation par l'alignement, à plusieurs niveaux de complexité organisationnelle, entre la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique, le discours institutionnel de décentralisation des SSP et enfin, l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS.

La figure 2 suivante montre l'alignement entre les trois niveaux de complexité configurant la situation-problème de cette étude autour du processus d'intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des CLS.



**Figure 2 :** Dimensions de la situation-problème de la participation



## CHAPITRE 2 – SPÉCIFICATION DE LA SITUATION-PROBLÈME

La formulation de la situation-problème d'un projet de recherche nous conduit à la mise en place d'une série de stratégies pour que le phénomène à l'étude devienne observable au niveau empirique de la recherche. Ceci permet de passer de la formulation de la situation-problème aux éléments clé qu'il s'agit d'observer dans les milieux de recherche. Ce chapitre décrit le processus de spécification de la situation-problème de cette étude, une démarche qui se déroule en quatre temps :

D'abord, nous décrivons notre conception de la notion de participation en tant que « pratiques participatives » (PP), ce qui nous permet de dépasser la tendance généralisée à la définition soit exclusivement comportementale, soit strictement instrumentale du phénomène participatif.

Deuxièmement, nous rendons explicites la question de recherche et les lignes de réflexion de cette étude, autour desquelles nous articulons notre démarche empirique. D'une part, la question de recherche renforce l'applicabilité de cette étude à deux niveaux de complexité épistémologique – relationnel et structurel – relatifs aux dimensions essentielles du modèle conceptuel de cette étude. D'autre part, nous entamons un processus de réflexion critique autour des enjeux d'ordre praxéologique, discursif et symbolique nous permettant de faire le lien entre des pratiques locales d'action et d'intervention participatives et des phénomènes globaux reliés à la mondialisation institutionnelle des sociétés contemporaines.

Ensuite, nous montrons les finalités de cette étude. Ces finalités sont déployées dès leurs dimensions les plus fondamentales – orientées à la production et au transfert de connaissances –, aux dimensions les plus transformatives et politiques – orientées vers le changement des conditions organisationnelles des milieux locaux de recherche –.

Finale­ment, la pré­mis­se de départ de cette étude montre notre position­ne­ment épisté­mo­logique par un raisonne­ment de type « hypothé­tico-inductif » au sujet du proces­sus d'inté­gra­tion des PP dans la gouver­ne des CLS et autour duquel s'articule la démarche empirique de cette étude.

### **1. La conception de la notion de participation : les pratiques participatives**

Les enjeux liés à l'émergence de l'idéal participatif dans la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique renforcent le peu de consensus existant au sujet de la signification de la notion de « participation ». Celle-ci est souvent liée à une vaste gamme non spécifique de groupes sociaux et culturels tels que, entre autres, la communauté (Baum, Sanderson, & Jolley, 1997; L. M. Morgan, 2001; O'Neill, 1992; Rifkin, 1996; Vuori, 1984; Zakus & Lysack, 1998), le public (Abelson, et al., 2003; Avard, Grégoire, Coly, Bucci, & Farmer, 2008; D. Contandriopoulos, Denis, & Langley, 2004; Martin, 2008; Thurston, et al., 2005), les citoyens (Chesney, 1984; Morone & Kilbreth, 2003; Zimmerman, 1990), les consommateurs (Church, 1996; Genovich-Richards & Wyzkiewicz, 2002; Koseki & Hayakawa, 1979; Molnar, 2001) ou les patients (Gold, Abelson, & Charles, 2005; Quennell, 2001; South, Fairfax, & Green, 2005).

Ces catégories font référence à des personnes et à des groupes sociaux étrangers aux systèmes de santé en opposition à ceux qui en font partie (les experts en santé publique, les gestionnaires, les praticiens, les politiciens ou les chercheurs). Dans le contexte intersectoriel des espaces participatifs contemporains du domaine de la santé, et étant donné qu'on assiste à un processus d'appropriation réflexive des savoirs scientifiques de plus en plus considérable dans tous les secteurs sociétaux, cette distinction dichotomique entre les experts représentant les systèmes de santé et les acteurs représentant un grand nombre de secteurs sociétaux est de plus en plus floue et contre-productive (D. Contandriopoulos, Denis, & Langley, 2004; Morgan, 2001).

De là l'importance d'adopter une conception de la participation capable de dépasser cette dichotomie entre le savoir expert et le savoir populaire. Ainsi, nous concevons la participation des acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne de tout projet collectif comme des « pratiques participatives » – PP –. La signification de ce terme s'appuie dans les notions d'« action collective » (Crozier & Friedberg, 1977) et de « dualité du structurel » (Giddens, 1987), qui attribuent des connotations à la fois locales et globales au phénomène de l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des interventions complexes. Ainsi, le terme de « pratiques participatives » adopté dans cette étude a une connotation organisationnelle constituée par l'intersection entre un ensemble de sous-dimensions informelles interreliées au plan local et un ensemble de sous-dimensions formelles interreliées au plan global.

D'une part, les PP constituent en soi un ensemble informel d'actions locales mises en œuvre par les acteurs intersectoriels comme des stratégies de solution face aux enjeux qui constituent la trame des situations enchâssées les unes dans les autres dans lesquelles se trouvent ces acteurs. Dans cette perspective, les enjeux de participation (et donc d'intégration organisationnelle) perçus par les acteurs intersectoriels présentant des intérêts divergents, voire conflictuels, ainsi que d'incertitude, liés au caractère indéterminé des ressources sociotechniques disponibles, seraient constamment reformulés et modifiés en vue de l'aboutissement du projet collectif. Il s'agit bien de la dimension informelle des PP, axée sur la complexité sociale de l'action intersectorielle.

D'autre part, les PP sont comprises comme l'intervention formelle d'un système global d'action organisée qui oriente les acteurs concernés par un projet collectif en vue d'un processus décisionnel qui, simultanément, détermine leur comportement et circonscrit leur liberté d'action. Ainsi, ces PP ne sont pas le résultat exclusif d'un ensemble de dispositions comportementales intrasubjectives, mais elles s'appuient aussi sur une myriade d'influences

contextuelles au sein desquelles s'intègrent les acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne de tout projet collectif. Il s'agit bien de la sous-dimension formelle des PP, axée sur la logique technique de l'intervention institutionnelle.

Ici, les propriétés structurelles du contexte sont à la fois des conditions et des résultats des activités accomplies par les acteurs intersectoriels qui font partie d'un système global d'action organisée. Il n'y a pas une distinction nette entre les acteurs et les structures du système, celles-ci ne leur étant pas externe, mais plutôt un ensemble de construits cognitifs profonds de type intrasubjectif. Ainsi, les facteurs contextuels influençant les PP des acteurs concernés n'ont pas d'existence indépendamment de leur savoir sur leur comportement dans la gouverne des CLS.

## **2. La question de recherche et les lignes de réflexion**

À la suite de la formulation de la situation-problème, cette étude essaie de répondre à la *question de recherche* suivante :

Par quels processus le réseau sociotechnique configurant les PP des acteurs impliqués dans la gouverne des CLS vient-il se traduire, par le biais de l'établissement des dynamiques collaboratives, en un système complexe d'action et d'intervention participatif?

Ici, l'importance des construits conceptuels de « réseau sociotechnique » et de « système complexe d'action et d'intervention » réside en ce qu'ils sont des éléments essentiels du modèle conceptuel de cette étude qui permettent au chercheur de décrire, de mieux comprendre et de rendre intelligible le processus de transition critique et donc, de changement intentionnel, qui implique l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS.

Parallèlement à la question de recherche, et afin de mieux cerner l'alignement entre les enjeux relatifs à la situation-problème et les finalités de

cette étude, nous promouvons trois *lignes de réflexion critique* autour desquelles nous articulerons les dimensions de notre modèle conceptuel ainsi que la discussion des résultats issus de nos démarches empiriques :

- Nous déployons d’abord un regard critique sur les *enjeux praxéologiques* inhérents aux zones d’incertitude et aux espaces de négociation configurant le processus d’intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS.
- Deuxièmement, nous promouvons une discussion critique sur les *enjeux discursifs* reliés à la contribution relative des PP au changement organisationnel prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP.
- Nous proposons finalement un espace propice pour le débat critique autour des *enjeux symboliques* relatifs à la réorganisation démocratique de la santé publique dans un contexte de modernisation réflexive et son influence sur l’intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des interventions complexes.

### **3. Les finalités de l’étude**

Cette étude est conçue comme un espace actif et réflexif de production collective de connaissances et d’apprentissage organisationnel qui contribuera à la formulation des actions intersectorielles pertinentes, à leur mise en œuvre et à leur adaptation constante aux transformations des contextes organisationnels de référence (Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz, & Denis, 2009). Étant donné la nature évaluative, participative et comparative de cette étude, nous visons plusieurs types de finalités :

- De prime abord, cette étude présente une *finalité fondamentale*, celle de contribuer à la production et au transfert des connaissances conceptuelles,

méthodologiques et empiriques autour du phénomène à l'étude, à savoir, l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS.

- Deuxièmement, cette étude poursuit une *finalité formative*, celle de fournir les informations empiriques nécessaires au sujet des différentes étapes et dimensions des PP des acteurs intersectoriels concernés, afin d'influencer en cours de route les processus de gouvernance des CLS.
- Ensuite, cette étude entreprend une *finalité stratégique*, qui vise l'accompagnement et l'orientation aux gestionnaires concernés du palier central dans la planification, la mise en place et l'évaluation des CLS implantés dans le cadre des politiques régionales de décentralisation de leur système de SSP.
- Cette étude vise enfin une *finalité transformatrice*, celle d'utiliser le processus de production et de transfert des connaissances comme levier pour transformer les situations conflictuelles associées aux mécanismes inégalitaires de régulation et aux rapports inéquitables de pouvoir inhérents à la gouverne de tout projet collectif.

#### **4. La prémisse de départ**

Cette étude ne contient pas la formulation implicite d'hypothèses substantives sur les propriétés ou sur les caractéristiques du phénomène à l'étude. Celles-ci ne peuvent être connues qu'*ex post*, par l'analyse, la comparaison et la synthèse des données relatives au phénomène étudié que notre démarche empirique permet de mettre en évidence.

Ce constat revient en fait à la formulation d'une prémisse de départ, c'est-à-dire, une proposition considérée comme évidente à la lumière d'un double raisonnement de type « hypothético-inductif » au sujet du processus d'intégration des PP et autour duquel nous construisons nos connaissances et

achevons nos conclusions. Ce type de raisonnement nous permet de faire le lien avec le propos central de cette étude, à savoir les interactions contemporaines entre des phénomènes institutionnels globaux et des pratiques participatives locales dans le champ complexe de la santé publique.

Ceci nous amène à formuler la prémisse de départ suivante : « Influencés par les facteurs environnementaux du contexte et par leurs dispositions comportementales de coopération, les auteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des CLS sous étude auront développé la dimension la plus technique de leurs PP, celle orientée vers la résolution à court terme des problèmes identifiés, vers la satisfaction unilatérale de leurs intérêts personnels ou institutionnels et enfin, vers la prise de décisions immédiate au sujet de leur projet collectif ».

Si ce fait se confirmait, il irait à l'encontre de la dimension la plus sociale de leurs PP, celle orientée vers l'émancipation individuelle et collective, vers le développement socioculturel durable et finalement, vers la transformation profonde de leurs conditions sociales d'existence. Ceci constituerait une entrave d'envergure envers l'action intersectorielle inhérente au processus d'intégration organisationnelle des PP des acteurs concernés dans la gouverne des CLS et en conséquence, envers la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique.

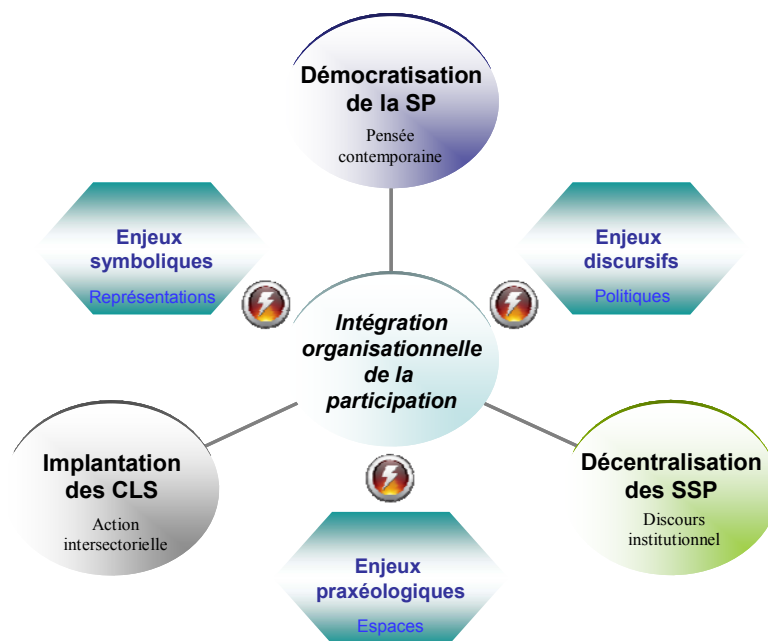
### CHAPITRE 3 – RECENSION SUCCINCTE DES ÉCRITS RELATIFS AUX ENJEUX DE LA SITUATION-PROBLÈME

L'interaction complexe entre l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS, le discours institutionnel de décentralisation des SSP et enfin, la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique, suscite l'émergence de trois groupes d'enjeux principaux au sujet de l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS :

- Des enjeux d'ordre *praxéologique*, issus de l'interaction entre l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS et le discours institutionnel de décentralisation des SSP. Ces enjeux émergent des contraintes relationnelles et structurelles relatives au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des espaces institutionnels de participation intersectorielle constitués par les CLS.
- Des enjeux d'ordre *discursif*, issus de l'interaction entre le discours institutionnel de décentralisation des SSP et la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique. Ces enjeux sont reliés aux contraintes organisationnelles relatives à l'intégration de l'idéal participatif de la santé publique dans le processus de formulation et d'implantation des politiques régionales de décentralisation des SSP.
- Des enjeux d'ordre *symbolique*, issus de l'interaction entre la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique et l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS. Ces enjeux se manifestent à partir des contraintes cognitives associées aux représentations sociales sur l'intégration de l'idéal participatif de la santé publique dans la gouverne des espaces institutionnels de participation intersectorielle.



La figure 3 ci-après montre l'alignement entre les dimensions de la situation-problème de cette étude ainsi que leur relation avec les enjeux associés au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne de CLS.



**Figure 3:** Les enjeux associés au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne de CLS.

### 1. Les enjeux praxéologiques : les espaces d'action et d'intervention participatifs

Les acteurs représentant divers secteurs de la société civile participent de nos jours à des espaces destinés à la promotion démocratique du processus de gouvernance des systèmes de santé contemporains. L'exercice participatif se manifeste par la rencontre, dans ces espaces, d'objectifs bien différents et souvent contradictoires, visant l'amélioration de la performance et l'efficacité des systèmes de santé. Il peut aussi envisager l'engagement plus actif de tous les acteurs concernés aux décisions d'intérêt collectif (Abelson, 2001; Frankish, et al., 2002a; Thurston, et al., 2005). La volonté de faire appel à la

participation pour contribuer à l'atteinte de ces objectifs est comparée à la valeur de la participation en soi et en tant que caractéristique de base de toute société soi-disant démocratique (Abelson, et al., 2003; Bilodeau, Allard, Francoeur, & Chabot, 2004; A.-P. Contandriopoulos, 2003).

Ces espaces participatifs renforcent l'interaction entre les acteurs représentant divers secteurs de la société civile et de l'administration publique dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant la solution des problèmes sociaux et de la santé tout en respectant la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique (Labra & Figueiredo, 2002; Moreira & Escorel, 2009; Wendhausen, 2006). Ce modèle de gouvernance participative présuppose l'importance donnée à la manière dont sont réalisées les articulations d'intérêts sociaux auprès des gouvernements, dans des contextes démocratiques pour la plupart récents, comme c'est le cas des CLS au Brésil.

La plupart des auteurs manifestent leur confiance en la possibilité des impacts positifs que ces espaces offrent de provoquer sur la sensibilité et la responsabilité des gestionnaires et des bureaucraties gouvernementales. Plusieurs d'entre eux insistent sur le fait que les CLS peuvent favoriser l'incorporation des intérêts et stimuler la participation des acteurs intersectoriels généralement exclus des processus décisionnels des systèmes locaux de santé (Carvalho, 1998; Labra & Figueiredo, 2002). De plus, en induisant une plus grande responsabilité de la part des gouvernements et en favorisant l'émergence de nouveaux personnages politiques et de nouvelles identités collectives, ils pourraient contribuer à la démocratisation de l'administration de la santé publique. Ces auteurs soulignent que les forums participatifs créés par les CLS agissent sur la société en y exerçant des effets qui stimulent un exercice plus étendu de la citoyenneté (Coelho, de Andrade, & Montoya, 2002; Maciel Filho & Araújo Jr, 2002; Martins, et al., 2008; Streck & Adams, 2006).

Les dynamiques participatives développées dans la gouverne des CLS pourraient renforcer la composition d'un nouveau schéma institutionnel qui élargisse le projet de démocratisation en y articulant des acteurs sociaux traditionnellement exclus du processus décisionnel dans la formulation et l'exécution de politiques de santé. Cependant, la création d'un processus démocratique dans ces espaces pour faciliter la participation des acteurs concernés n'est pas exempte d'enjeux issus d'une relation complexe entre des valeurs publiques, des institutions sociales et l'évolution du discours politique. À l'heure actuelle, pour certains auteurs, une société civile de plus en plus diversifiée et fragmentée ne semble pas, par le biais de sa participation, contribuer à accroître l'efficacité du système de santé, à stimuler l'engagement des acteurs intersectoriels envers celui-ci ou à renforcer les valeurs inhérentes aux sociétés démocratiques (Bispo-Junior & Sampaio, 2008; Labra, 2002; Suarez-Herrera, Champagne, & Contandriopoulos, Sous-presse; Van Stralen, et al., 2006).

Ceci laisse apparaître une position sceptique par rapport à la possibilité que les forums participatifs brésiliens dans le secteur de la santé augmentent la sensibilité et la responsabilité des acteurs représentant l'administration publique (Guizardi & Pinheiro, 2006; Valla, 1998). Ces auteurs soulignent surtout les inégalités de ressources des participants et le contrôle de gestionnaires et de bureaucraties gouvernementales sur les participants non gouvernementaux. Ceci montre la réalité concrète des CLS et souligne les difficultés de ces institutions en tant qu'espaces d'action et d'intervention participatifs, relativement démunis de leur pouvoir d'agir par rapport aux sphères de l'exécutif et du législatif des instances gouvernementales (Guizardi & Pinheiro, 2006; Oliveira, 2004; Wendhausen, 2006; Wendhausen, Barbosa, & Borba, 2006; Wendhausen & Caponi, 2002).

Suivant cette ligne argumentaire, certains auteurs soulignent que les CLS dépendent fondamentalement des décisions prises par les cadres gestionnaires et les membres des équipes professionnelles des services sociaux et

de la santé. En outre, ils auraient été créés non pas à l'initiative de la société civile, mais grâce à l'action de gouvernements dont l'intérêt est de garantir le transfert d'allocations fédérales (Pessoto, Nascimento, & Heimann, 2001). De cette façon, au lieu de promouvoir une plus grande responsabilité sociale et une prise de conscience collective par la société civile, les CLS peuvent représenter une manière de discipliner les formes qu'ont les mouvements populaires de réclamer de meilleurs services (Gerschman, 2004; Guizardi & Pinheiro, 2006; Labra, 2006; Morita, Guimarães, & Di Muzio, 2006; Serapioni & Romani, 2006; Streck & Adams, 2006; Van Stralen, et al., 2006; Wendhausen, et al., 2006).

Malgré les difficultés dans la mise en place des CLS au sujet de la représentativité, de la création des espaces de dialogue et de débats égalitaires, de l'autoritarisme du secteur administratif, de la complexité des sujets abordés, de la périodicité des rencontres et des inégalités sociales de santé (Coelho, et al., 2002; Lopes & Almeida, 2001; Morita, et al., 2006; Oliveira, 2004; Valla, 1998; Vargas-Côrtes, 2002; Wendhausen & Caponi, 2002), l'examen de ces expériences a montré qu'il existe un degré de coopération très élevé parmi leurs membres et que les controverses sont résolues par le biais de négociations et de consensus (Guareschi & Jovchelovitch, 2004; Guizardi & Pinheiro, 2006; Labra & Figueiredo, 2002; Oliveira, 2004).

Les CLS peuvent constituer un lieu de rencontre pour le choc d'intérêts en conflit, mais ils seraient surtout la voie ouverte à la dissémination d'informations qui alimenteraient la lutte pour la préservation du droit universel à la santé. D'une part, le potentiel le plus intéressant que ces espaces d'action et d'intervention participatifs peuvent offrir découle de leur aptitude, dans un contexte de participation légitime et responsable, à renforcer l'engagement des acteurs intersectoriels envers les programmes et les politiques de santé ainsi qu'à encourager l'expression de valeurs démocratiques. D'autre part, amplement influencé par la mondialisation institutionnelle, le processus de rétrécissement de l'État et le transfert progressif de ses responsabilités sociales et de la santé vers

certaines secteurs privilégiés de la société civile, processus de plus en plus émergeant dans les sociétés contemporaines, pourrait attribuer une dimension perverse à l'idéal participatif de démocratisation de la santé publique (Suarez-Herrera, et al., Sous-presse; Suarez-Herrera, O'Shanahan Juan, & Serra-Majem, 2009).

## **2. Les enjeux discursifs : la dimension politique de la participation**

La question de la participation apparaît dans le secteur politique de la santé à partir des années 1970 lors de la première Conférence internationale sur les SSP (WHO, 1978). Elle est connue principalement comme « participation communautaire » et est définie comme le processus par lequel les membres de la communauté, tant sur le plan individuel que collectif et à différents niveaux d'engagement : a) développent la capacité d'assumer une plus grande responsabilité dans l'estimation de leurs besoins et problèmes de santé; b) planifient l'implantation de leurs stratégies; c) créent et maintiennent des organismes pour soutenir ces efforts; et d) évaluent les effets et procèdent aux ajustements nécessaires des interventions mises en place par un processus dynamique et continu (Morgan, 2001; Rifkin, 1996; Zakus & Lysack, 1998). La participation communautaire est ainsi conçue comme une stratégie qui donne aux individus le sentiment de pouvoir résoudre leurs problèmes par le biais d'une réflexion consciencieuse et de l'action collective (Guareschi & Jovchelovitch, 2004; Kaithathara, 1981; Morone & Kilbreth, 2003; Siles-Roman, 1992).

À partir cette période, l'idéal participatif s'intègre graduellement dans le discours institutionnel de décentralisation des SSP (Collins & Green, 1994; Pinillos & Antoñanzas, 2002; Zakus, 1998). Ce discours politique met l'emphase, entre autres, sur les interactions mutuelles entre la société civile et l'administration publique, ce qui offre des voies d'analyse novatrices au sujet des intersections entre les mobilisations traditionnelles de type participatif et l'action gouvernementale de type administrative dans plusieurs arènes d'intérêt public (Labra & Figueiredo, 2002; Lane, 2003; Pomey & Dubois, 2007).

De cette façon, la participation de tous les secteurs de la société civile est devenue à l'heure actuelle l'un des piliers stratégiques essentiels des politiques régionales de décentralisation des SSP (Milewa, et al., 1998; Pessoto, et al., 2001; Singer, 1995; Zakus, 1998). Selon ces politiques, un système décentralisé et participatif des SSP constitue le fondement de tout système de santé efficace, viable et accessible, et est associé à des avantages tels que de meilleurs résultats sur le plan de la santé, une réduction des coûts des soins de santé et une diminution des inégalités sociales de santé (Baum, et al., 1997; Mercadante, Yunes, & Chorny, 1994; Ramiro, et al., 2001; Vuori, 1984).

Les SSP se présentent comme un champ d'action et d'intervention transdisciplinaire qui intègre dans son discours un idéal participatif supposé saisir la complexité des sociétés civiles modernes. Les politiques de décentralisation des SSP assument et reconnaissent l'importance de l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des espaces institutionnels pertinents, ce qui renforce la diversification de sources d'information face à des situations d'incertitude et accepte la multiplicité de perspectives, individuelles et populationnelles, pour faire face à la nature paradoxale des problèmes de santé contemporains (El Ansari & Phillips, 2001; El Ansari, Phillips, & Zwi, 2002; Labra & Figueiredo, 2002; Mosquera, Zapata, Lee, Arango, & Varela, 2001; Yassi, et al., 2003).

Or, l'intégration de l'idéal participatif dans le discours institutionnel de décentralisation des SSP, ne semble pas être accompagnée d'une utilisation intégrale et émancipatrice des stratégies participatives (Araujo Junior, 1997; Collins & Green, 1994; Guizardi, et al., 2004; Wendhausen, 2006). Sous réserve de l'existence de nuances dans l'intégration de la notion de participation dans les politiques décentralisatrices des SSP, les écrits identifient deux perspectives paradoxales quoique potentiellement complémentaires (L. M. Morgan, 2001; Vazquez, Siqueira, & Kruze, 2002; Vuori, 1984) :

D'une part, la *perspective émancipatrice* considère la participation comme une fin. Elle cherche à atteindre un vrai rééquilibrage au sein des structures de pouvoir lorsqu'on développe la conscientisation et la citoyenneté des communautés exclues (Briceno-Leon, 1996; Wendhausen, Barbosa, & Borba, 2006; Zakus, 1998). Cette perspective articule la participation avec le changement politique et résiste à la tendance vers l'opérationnalisation et la mesure de pratiques participatives (Labra & Figueiredo, 2002; Pessoto, et al., 2001). La tendance ici est plutôt de remettre en question les structures locales, culturelles et politiques spécifiques qui favorisent la croissance des inégalités sociales au sein de la population (Mosquera, et al., 2001).

Un élément central de cette approche émancipatrice est son esprit contestataire et critique envers les rapports inégalitaires de pouvoir. La participation comme idéal démocratique ne s'établit pas pour renforcer les structures administratives, mais pour les remettre en question (Cooke & Kothari, 2002). C'est une façon de faire émerger des changements pertinents à partir de la critique populaire au sujet des politiques publiques des SSP et les professionnels de la santé qui comprennent la participation comme l'implication passive des individus et collectifs dans les programmes de santé communautaire (Collins & Green, 1994; Olico-Okui, 2004). Ici, la participation constitue un mécanisme permanent d'innovation sociale et d'organisation démocratique (Zajac & Bruhn, 1999).

D'autre part, la *perspective utilitariste* considère la participation comme un *moyen*. Plusieurs facteurs contextuels empêchent une intégration multidimensionnelle des processus participatifs dans les politiques de décentralisation des SSP. Malgré que la rhétorique de la participation puisse être utilisée comme une stratégie sociale de progrès et de transformation des arènes publiques, tout semble indiquer que la participation des divers secteurs de la société civile se développe actuellement dans un contexte politique très conflictuel où seulement les intérêts de quelques secteurs privilégiés sont pris en

considération (Chavis, 2001; D. Contandriopoulos, 2004; Guizardi, et al., 2004; Van Stralen, et al., 2006).

Dans ce sens, plusieurs auteurs affirment que le partage par le biais de la participation ne signifie pas nécessairement le partage du pouvoir et que les approches utilitaristes favorisent une conception technocratique de l'institutionnalisation de la participation (Briceno-Leon, 1996; Collins & Green, 1994; White, 1996). La participation ne peut être durable que si les acteurs concernés s'impliquent activement et les contextes sociopolitique et économique encouragent leurs pratiques participatives. Par contre, ceux qui conçoivent la participation comme étant un résultat (souvent pour des raisons pragmatiques) privilégient le développement de méthodes instrumentales pour opérationnaliser la participation.

Bref, les politiques contemporaines de décentralisation des SSP constituent un espace de conflit dans lequel des intérêts et des projets divergents des différents secteurs de la société civile sont confrontés dans les arènes publiques. D'une part, la rhétorique de la participation peut être utilisée comme une stratégie de progrès social par plusieurs secteurs privilégiés de la société civile, qui s'impliquent de plus en plus dans les arènes politiques de décentralisation des SSP. D'autre part, la participation devient un discours hégémonique amplement influencé par les dynamiques expansionnistes inhérentes à la mondialisation institutionnelle des sociétés contemporaines. Ce discours est promu par des donateurs internationaux puissants et par des institutions financières qui préfèrent identifier des problèmes pour lesquels ils peuvent développer des solutions techniques plutôt que politiques. Cette forme de participation exclue les participants des processus de prise de décision lorsqu'elles les instrumentalisent pour légitimer les projets implantés dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP.



### **3. Les enjeux symboliques : les représentations sociales de l'idéal participatif**

L'intégration de l'idéal participatif dans la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique traverse de nos jours un processus de transition hors pair étant donné la multiplicité de facteurs contextuels et d'acteurs intersectoriels configurant les processus de réforme des systèmes de santé des sociétés modernes (Abelson, 2001; Kickbusch & de Leeuw, 1999; Petersen & Lupton, 1996). Dans ce contexte, les représentations sociales de la participation sont fort diversifiées et donnent lieu à une myriade de significations floues au fur et à mesure que l'utilisation de ce concept devient incontournable dans le discours et les pratiques de la santé publique (Briceno-Leon, 1998; D. Contandriopoulos, et al., 2004; K. Kelly & Van Vlaenderen, 1996).

Plusieurs auteurs trouvent que cette polysémie conceptuelle donne lieu à une diversité symbolique qui pose des questions au sujet de la transformation des valeurs (Kickbusch, 2000; Ritchie, Parry, Gnich, & Platt, 2004; Zajac & Bruhn, 1999), des rapports de pouvoir (D. Contandriopoulos, et al., 2004; Olico-Okui, 2004; Rifkin, 2001; Ugalde, 1985) et des conflits d'intérêt associés aux choix politiques divers des acteurs intersectoriels (El Ansari, et al., 2002; Emanuel & Titlow, 2002; Piette, 1990). En conséquence, le pluralisme herméneutique de la notion de participation ainsi que ses nombreuses applications dans les processus de réorganisation des soins rendent extrêmement complexe son appréhension lorsqu'on vise l'exercice de ce droit démocratique non seulement dans le contexte de la santé publique (Gold, et al., 2005; Wendhausen, et al., 2006), mais aussi au sens plus large de la société civile (Barnes, Newman, & Sullivan, 2004; Melucci & Avritzer, 2000; E. C. Teixeira, 1997).

De cette façon, la construction d'un projet de participation démocratique semble faire face, à l'échelle internationale, à un processus de « déplacement de sens » ancré dans l'existence des forces de tension paradoxales

entre deux tendances apparemment antagonistes (Kickbusch, 1999; Labra, 2006; Sassen, 2004; Teixeira, 2001).

D'une part, on observe un phénomène généralisé de renforcement de la démocratie qui se manifeste, au plan local, par la création des espaces publics promouvant la participation de la société civile aux processus de délibération et de prise de décision reliés aux questions d'intérêt public (Abelson, et al., 2003; Barnes, Newman, & Sullivan, 2006; Tickner, 2001). La confrontation classique entre l'État et la société civile semble laisser sa place à la possibilité, apparemment de plus en plus faisable, d'un projet collectif d'action intersectorielle au sein duquel la participation conjointe devient graduellement la stratégie sous-jacente aux efforts de création des espaces publics où les pouvoirs étatiques peuvent être partagés avec les divers secteurs sociétaux (El Ansari & Phillips, 2001; McKie, 2003; Rossi-espagnet, 1983).

Ici, le processus de négociation du sens de la participation est influencé par la reconfiguration de la notion de société civile, fondée dorénavant sur les principes de solidarité (Abelson & Eyles, 2002; Campbell & McLean, 2002), de bénévolat (Garfield & Vermund, 1986; Nakamura & Siregar, 1996; Zakus, 1998) et de responsabilité sociale (Murthy & Klugman, 2004; Ruelas, 2006). Or, la priorisation exclusive de ces principes lors de la reconstruction identitaire de la société civile contemporaine peut renforcer le développement d'une perspective institutionnelle à dominante individualiste de la santé publique, capable de déplacer la signification collective de la participation intersectorielle tout en la détachant de sa dimension politique pour s'appuyer désormais sur le terrain privé de la morale (S. E. Kelly, 2003; Price, 2000; Zajac & Bruhn, 1999). Cette dépolitisation de la participation constitue de cette façon une menace émergente au projet contemporain de démocratisation de la santé publique au fur et à mesure que ces nouvelles significations promeuvent la création d'espaces publics où la délibération collective ainsi que le potentiel émancipateur de la

participation sont substitués par des modalités strictement individualisées et technocratisées de l'engagement civique (Gilson, 2003; Woelk, 1992).

D'autre part, une diversité de plus en plus importante d'acteurs intersectoriels, participant actuellement de façon active aux processus de gouvernance locale en matière de santé publique, façonne ainsi un ensemble de mouvements sociopolitiques de portée transnationale tels que les luttes altermondialistes, les mouvements contre les inégalités sociales et les nouvelles instances en matière de sécurité alimentaire (Kickbusch & de Leeuw, 1999; Olesen, 2005; Sassen, 2004; Suarez-Herrera, 2008). Ces acteurs de la société civile font partie d'un réseau extra-institutionnel sur le plan international, facilitant d'une certaine manière l'approche des phénomènes globaux reliés à la mondialisation dans des scénarios locaux de luttes quotidiennes et de gestion de conflits en matière de santé publique (Kickbusch, 2000; Labra, 2006; Suarez-Herrera, 2009).

Une fois de plus, la signification politique et collective de la notion de participation peut être radicalement reformulée lorsque les collectifs communautaires militants sont impliqués dans un processus de négociation de sens qui traverse les frontières étatiques et s'installent dans le terrain virtuel des luttes transnationales. Des acteurs multinationaux très puissants imposent leur vision néolibérale du projet collectif de démocratisation d'une santé publique qui, quant à elle, risque d'adopter graduellement les principes organisationnels du libre échange, de la compétition et de la restriction de l'intervention étatique (Briceno-Leon, 1998; Chinitz, 2000; Navarro & Shi, 2001; Plochg, Delnoij, Hoogedoorn, & Klazinga, 2006; Weyland, 1995; Woelk, 1992).

En effet, le rôle attribué aux divers secteurs de la société civile dans ces nouveaux espaces publics de participation transnationale ne dépasse pas les fonctions consultatives au sein des processus d'implantation et d'exécution des politiques publiques. Au lieu de partager le pouvoir de prise décision en ce qui

concerne la formulation de ces politiques publiques, il s'agit ici, par exemple, de la provision d'un ensemble de services publics qui étaient auparavant la responsabilité du secteur de l'administration publique.

Bref, le déplacement du sens de la notion de participation, aux échelles locale et globale, depuis sa dimension politique et collective vers des modalités plus instrumentales et individualistes, semble accentuer la ségrégation progressive de relations existantes entre les divers secteurs de la société civile et l'État. Dans ce sens, la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique doit renforcer l'alignement organisationnel entre la création locale d'espaces d'action et d'intervention participatifs et les représentations globales de démocratisation de la santé publique.

#### **4. Conclusion de la section**

Cette recension des écrits témoigne de la pertinence de renforcer les liens entre l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS, les politiques de décentralisation des SSP et la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique. Un processus décisionnel qui ne compte pas sur la participation intersectorielle de la société civile risque d'encourager l'absorption du secteur gouvernemental par des intérêts financiers et promeut l'acceptation relativement passive, de la part de la population, des innovations sociotechniques potentiellement perverses. Cependant, la création des mécanismes de régulation renforçant l'implantation des projets collectifs est de plus en plus problématique dans un environnement sociopolitique amplement dominé par l'expertise technique et les rapports inéquitables de pouvoir.

S'il faut poursuivre l'objectif de l'idéal participatif dans le champ de la santé publique, il serait recommandable de s'assurer de mieux comprendre la complexité des processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouvernance des espaces institutionnels d'action et d'intervention participatifs. Les PP contemporaines évoluent dans un contexte très complexe de mondialisation

institutionnelle où la capacité de la science pour définir et résoudre seule les nouveaux problèmes sociaux et de la santé est remise en question. Au contraire, on pourrait affirmer, à la lumière de certaines expériences récentes dans les secteurs de l'alimentation et de l'environnement, que le savoir expert contribue activement à la création et à la distribution sociale des nouveaux risques.

Malgré leur indiscutable importance quant au développement international d'un modèle de gouvernance démocratique au sein des sociétés modernes, les aspects cruciaux concernant l'interaction mutuelle entre les dynamiques collaboratives (El Ansari & Phillips, 2001; Emanuel & Titlow, 2002; L. M. Morgan, 2001; Naylor, Wharf-Higgins, Blair, Green, & O'Connor, 2002; G. Rowe & Frewer, 2005; Webler & Tuler, 2006) et les facteurs contextuels (Abelson, 2001; Abelson, et al., 2007; Macintyre, Ellaway, & Cummins, 2002; McKie, 2003; Richard, Breton, Lehoux, Martin, & Roy, 1999; Yassi, et al., 2003) constituant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS n'ont été examinés que rarement.

Ceci nous montre clairement l'importance de la mise en place d'un réseau transnational de recherche-action évaluative (Butterfoss, 2006; Eyre & Gauld, 2003; Frankish, et al., 2002a; K. Kelly & Van Vlaenderen, 1995, 1996; Naylor, et al., 2002; Oliver, 2008; Rifkin, Muller, & Bichmann, 1988; R. Rowe & Shepherd, 2002; Thurston, et al., 2005), participative (Butterfoss, 2006; Graham & Bois, 1997; Hausman, et al., 2005; Lindsey, Stajduhar, & McGuinness, 2001; Naylor, et al., 2002; Wallerstein, 1999, 2000; Yassi, et al., 2003) et comparative (da Cunha Gastal & Gutfreind, 2007; North & Werko, 2002; Serapioni & Romani, 2006; Shepperd, 1977) capable de prendre en considération la contribution des contextes locaux au formatage des PP faisant partie, à leur tour, de mouvements sociopolitiques plus larges au niveau global (Kickbusch, 1999; Suarez-Herrera, 2008).

En accord avec les parties concernées, nous croyons qu'il s'agit-là d'une occasion exceptionnelle pour étudier comment une question liée au phénomène de la participation intersectorielle se configure différemment par les divers acteurs intersectoriels impliqués dans des contextes internationaux distincts. En conséquence, la question autour de l'interaction entre l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS, le discours institutionnel de décentralisation des SSP et la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique procure un terrain fertile pour examiner en profondeur les enjeux relatifs au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS.

## DEUXIÈME PARTIE – CONCEPTUALISATION DE L'ÉTUDE

Après avoir cerné les différentes dimensions de la situation-problème de l'étude à trois niveaux de complexité organisationnelle et exposé l'état de connaissances sur les enjeux relatifs à l'interaction entre ces dimensions, il s'agit dans cette section de rendre explicite la démarche de conceptualisation de l'étude.

Étant donné cette perspective complexe du phénomène participatif, le chapitre 4 décrit les dimensions d'ordre conceptuel, opérationnel et instrumental du *modèle de la transition organisationnelle* (MTO). À la lumière des propos conceptuels de trois courants théoriques de la sociologie de l'action organisée – l'approche organisationnelle de l'action collective, la sociologie de l'innovation sociale et la théorie de la structuration –, le MTO rend compte des rapports de symétrie existants entre les relations informelles d'appropriation et les structures formelles d'encadrement constituant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des interventions complexes.

Ainsi, ce modèle guide le chercheur à répondre à la question suivante : comment le réseau sociotechnique configurant l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS vient-il se traduire dans un système complexe d'action et d'intervention participatif? Ici, l'importance des construits conceptuels de « réseau sociotechnique » et de « système complexe d'action et d'intervention participatif » réside en ce qu'ils permettent au chercheur de décrire, de mieux comprendre et de rendre intelligible les configurations situationnelles qui sont à la base du processus de transition critique, et donc de changement intentionnel, inhérent au phénomène à l'étude.

Ensuite, la *stratégie de recherche* privilégiée, la recherche-action, est conçue dans le chapitre 5 de cette étude comme un construit épistémologique axé sur un travail collaboratif d'une très grande richesse praxéologique, discursive

et symbolique. La recherche-action mise sur une inscription renouvelée du rôle du chercheur dans les stratégies de rencontre, de dialogue et d'action entre science et société. Il s'agit-là d'un travail réflexif de va-et-vient itératif entre pratique et réflexion qui renforce la création de modèles d'organisation alternatifs et complémentaires capables de faire face aux forces de tension paradoxales caractéristiques des phénomènes organisationnels complexes. Afin de saisir cette complexité nous avons développé une stratégie de recherche-action axée sur la combinaison de trois approches épistémologiques compatibles mutuellement : l'approche évaluative, l'approche participative et l'approche comparative de la recherche. Cette combinaison stratégique pourrait être considérée comme une démarche à la fois intra et intersubjective intégrant une multiplicité de perspectives transculturelles et de systèmes d'intelligibilité interdisciplinaires et intersectoriels qui renforce la relation dialectique entre les concepts du MTO et les données issues de notre démarche empirique.



#### CHAPITRE 4 – MODÈLE DE LA TRANSITION ORGANISATIONNELLE (MTO)

L'enjeu de la phase empirique de cette étude est de saisir et de représenter concrètement l'interconnexion mutuelle entre les relations informelles et les structures formelles constituant les PP des acteurs intersectoriels concernés. Il s'agit, d'une part, de décrire et de rendre intelligible l'ensemble des attitudes, des interrelations et des prises de position autour des comportements qui constituent, sous forme de délibérations collectives, des nombreux points de vue, souvent conflictuels. Il faut, d'autre part, prendre en considération et faire connaître les facteurs influents du contexte organisationnel relié aux différents secteurs sociétaux représentés dans l'espace d'action et d'intervention participatif constitué par la gouverne des CLS.

Ainsi, afin de décrire, de mieux comprendre, de rendre intelligible et de faire connaître le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS, nous avons développé le *modèle de la transition organisationnelle* (MTO). Ce modèle soutient et guide le chercheur dans le processus toujours complexe de construction de savoirs théoriques et des principes de raisonnement et d'intelligibilité, tout en lui permettant en même temps de construire des propositions en termes de savoirs d'action et d'intervention intersectoriels. L'opérationnalisation de cette transformation ne peut advenir, à notre sens, que par la transition critique non seulement des comportements des acteurs intersectoriels concernés, mais aussi des facteurs contextuels configurant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS.

Ici, le *principe de symétrie* entre les aspects informels et formels des organisations devient un élément essentiel pour comprendre les interrelations mutuelles entre les dimensions d'ordre relationnel et structurel des PP. Ce principe permet l'acceptation d'une conception non normative des phénomènes organisationnels tout en ouvrant la voie à la réconciliation du rapport paradoxal

existant entre, d'une part, la vision interactionniste des approches comportementales – axée sur l'interaction sociale entre les membres d'un groupe de travail, la satisfaction de leurs besoins d'ordre psychologique et leur adaptation aux conditions matérielles du travail – et, d'autre part, la vision tayloriste des approches rationalistes – axée sur la rationalisation de la division du travail et la coordination des activités pour optimiser les moyens disponibles –.

Un autre principe essentiel est le *principe d'intégration*. Ce principe vise à unifier et à rendre cohérentes entre elles les perspectives distinctes, voire conflictuelles, des acteurs intersectoriels. Il cherche à synchroniser les activités de différentes parties pour qu'elles forment un tout et rendent possible l'atteinte des objectifs de l'organisation (Foudriat, 2007). Étant donné la nature intersectorielle des acteurs impliqués dans la gouverne des CLS, le processus d'intégration organisationnelle des PP viserait à réduire les effets du principe de différenciation, qui amène certaines sections de l'organisation à prioriser leurs propres objectifs au détriment de ceux des autres et à renforcer la spécialisation des tâches. Malgré la complémentarité potentielle de ces deux principes, la juxtaposition concurrentielle entre les stratégies d'intégration et de différenciation des PP serait à la base de l'émergence de forces de tension paradoxales importantes qui menaceraient l'organisation de scission, voire d'éclatement.

Un troisième aspect, d'importance vitale, en relation avec le phénomène étudié est le *principe d'adaptation à l'environnement*. Ce principe traduit la complexification du phénomène organisationnel et sa relation avec les facteurs influents du contexte comme un système d'action collective ouvert. Le processus décisionnel relatif au fonctionnement des organisations doit prendre en considération l'ensemble des influences contextuelles pour, d'une part, définir les activités et les services qu'elles proposent et, d'autre part, redéfinir certaines procédures internes et renforcer sa pérennité. L'adaptation aux environnements est ainsi devenue aussi importante pour les organisations que la façon dont elles formulent leur fonctionnement interne. Ainsi, le processus d'intégration des PP

dans la gouverne des CLS ne peut être sans lien avec les facteurs inhérents au contexte complexe de mondialisation institutionnelle des sociétés contemporaines.

Ce chapitre présente les dimensions d'ordre *conceptuel*, *opérationnel* et *instrumental* du MTO. La conceptualisation du MTO articule les principes fondamentaux relatifs à plusieurs approches théoriques sur lesquelles s'étaie le réseautage conceptuel du modèle. L'opérationnalisation du MTO illustre d'abord les étapes du processus d'intégration des PP en fonction de leurs dimensions et sous-dimensions d'ordre relationnel et structurel, puis la mise en relation du modèle avec les lignes de réflexion de cette étude. Finalement, l'instrumentalisation du MTO présente l'alignement entre, d'une part, les fondements conceptuels, les dimensions et sous-dimensions, ainsi que les critères et les sous critères et, d'autre part, chaque étape du processus d'intégration organisationnelle des PP.

### **1. La conceptualisation du MTO**

Les fondements conceptuels du MTO relèvent principalement de trois courants théoriques appartenant à la sociologie des organisations et, plus spécifiquement, à la sociologie de l'action organisée. Nous avons soigneusement étudié les principes de ces courants théoriques en fonction de leur compatibilité épistémologique ainsi que leur applicabilité au sein de nos démarches empiriques. Il s'agit de *l'approche organisationnelle de l'action collective* (Crozier, 2000a, 2000b; Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997; Reynaud, 1989, 1999), la *sociologie de l'innovation sociale* (Akrich, Callon, & Latour, 1988a, 1988b; Callon, 1986; Callon & Latour, 1986) et la *théorie de la structuration* (Giddens, 1987, 1994).

En ce qui concerne *l'approche organisationnelle de l'action collective*, nous centrons notre intérêt sur les principes de *l'analyse stratégique* et *systémique* (Crozier, 2000a, 2000b; Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997). Les auteurs de cette approche proposent un ensemble de notions permettant de

faire l'analyse des rapports entre les individus et les contraintes relatives à l'action collective en étudiant leurs comportements, leurs relations de pouvoir et leurs stratégies. Cette perspective théorique considère que comportement et environnement ne sont pas deux entités distinctes, mais plutôt deux dimensions d'une même réalité. Le phénomène organisationnel doit donc s'analyser à deux niveaux complémentaires : l'un *informel*, de nature stratégique, celui des comportements concrets des acteurs concernés représentant le fonctionnement concret de l'organisation. Il n'est pas conforme à ce qui est prévu et défie les règles et les mandats légaux de rationalisation de l'organisation. Et l'autre, *formel* ou réglementaire, de nature systémique, concerne les propriétés officielles prescrites définissant les relations hiérarchiques et fonctionnelles et représente la partie visible de la structuration de l'organisation.

D'une part, l'*analyse stratégique* consiste à tenter de repérer, dans une situation donnée, les stratégies privilégiées pour chacun des acteurs impliqués. Pour comprendre ces stratégies, il faut observer les comportements des acteurs, comment ils définissent leurs problèmes et comment ils les résolvent. Il s'agit bien de comportements organisationnels dont le sens s'explique en termes de relations de pouvoir entre les acteurs concernés. Selon l'analyse stratégique, la résolution de problèmes est toujours un enjeu de pouvoir dans les rapports entre les acteurs. Autrement dit, face aux situations problématiques, la production de solutions est pour les acteurs un agencement stratégique de conquête de pouvoir. Les jeux stratégiques qui se développent se structurent en termes de rapport de forces qui constituent un système d'action concret.

D'autre part, l'*analyse systémique* consiste à repérer la manière dont les acteurs concernés régulent leurs relations, les mécanismes de coordination et d'équilibre qu'ils se donnent pour faire fonctionner leur espace d'action collective. Il s'agit de l'ensemble de régulations du système qui contraignent l'action des acteurs qui se retrouvent dans une situation donnée et qui cherchent à résoudre un problème spécifique. Il est important de comprendre

quelles sont les règles et les zones d'incertitude caractérisant le système d'action concret des acteurs en présence. Ces règles délimitent et, en même temps, sont le produit de l'action collective en tant que négociations constantes entre les acteurs concernés. L'analyse systémique a donc pour but de comprendre la cohérence entre les *zones d'incertitude* et les *espaces de négociation* qui structurent les différents jeux des acteurs en présence.

Ces deux dimensions, stratégique et systémique, de l'approche organisationnelle de l'action collective sont indissociables et nous guident à la formulation des hypothèses au sujet de l'intégration organisationnelle des PP des acteurs concernés dans la gouverne des CLS. Ces hypothèses, qui se rapportent aux *rapports stratégiques de pouvoir* et aux *mécanismes systémiques de régulation*, permettent de comprendre la situation et les relations d'interdépendance que les acteurs entretiennent au sein d'un système d'action concret.

Pour sa part, Jean-Daniel Reynaud, reprend les principes de l'analyse stratégique et systémique pour développer la *théorie de la régulation conjointe*, qui met l'accent sur les conflits, les négociations et les règles autour des jeux stratégiques des acteurs concernés (Reynaud, 1989, 1999). Cet auteur distingue deux modes de régulation : la *régulation autonome* et la *régulation de contrôle*. La première correspond aux règles formelles telles qu'elles sont émises par la direction et les cadres gestionnaires, tandis que la seconde renvoie aux dispositions informelles que les groupes se donnent pour atteindre leurs objectifs et réaliser leurs stratégies. Cette théorie montre que la production des règles n'est pas donnée une fois pour toutes et qu'elles se construisent et se reconstruisent en permanence au sein de des organisations lors du processus de constitution de l'action collective.

Deuxièmement, en ce qui concerne la *sociologie de l'innovation sociale*, nous prenons les principes de la *théorie de l'acteur-réseau*, aussi connue

comme *théorie de la traduction* (Akrich, et al., 1988a, 1988b; Callon, 1986; Callon & Latour, 1986). Cette théorie vise à dégager les conditions de production et de circulation des innovations techniques et des connaissances scientifiques lors d'un processus de réorientation qui traverse les frontières organisationnelles. Pour ces auteurs, le succès de toute intervention dépend de l'association inédite entre des acteurs multiples et différents. La production intersectorielle de connaissances et la performance du contexte organisationnel sont intimement liées aux capacités de mobilisation et de coopération de toutes les catégories d'acteurs humains et non-humains.

Pour ces théoriciens, la société est structurée en fonction des arrangements entre un ensemble d'acteurs qui s'organisent dans la constitution des *réseaux sociotechniques*. Le cœur du social c'est l'association, la constitution de l'action collective et l'ensemble des relations et les arbitrages qui unissent les acteurs. Cette conception se veut *symétrique* en ce que plusieurs éléments a priori hétérogènes acquièrent une importance similaire dans l'analyse, qu'il s'agisse des facteurs contextuels divers, ou bien des entités humaines et non-humaines qui font partie de la composition des réseaux. Ainsi, le réseau sociotechnique est conçu comme un système organisé d'action rassemblant des acteurs très diversifiés qui agissent mutuellement comme représentants de leur secteur de provenance. Il s'agit bien de mettre en relation toutes les entités organisationnelles qui y participent dans la reformulation de la situation-problème autour d'un *point de passage obligé* pour toutes les parties prenantes.

Cette mise en relation s'établit par une série de *traductions* ou de transformations successives par lesquelles les acteurs – individuels ou collectifs – se légitiment en tant que porte-paroles et représentent le mandat légal de leurs entités organisationnelles. Ce processus de traduction implique le déplacement des logiques d'action initiales vers l'intéressement et la redéfinition des rôles des acteurs concernés. De cette façon, le processus d'intégration des PP dans la gouverne des CLS résulte d'une série de traductions qui font émerger le réseau

sociotechnique dans lequel elles font du sens et se stabilisent dans le temps. Les connaissances des acteurs circulent par des traductions successives par une adaptation progressive des savoirs et des actions intersectorielles dont la légitimité peut toujours être remise en cause.

Ce processus de remise en question donne lieu à des *controverses*, dont les résolutions précèdent toujours l'émergence de toute stratégie innovatrice, qui facilite la construction de la coopération intersectorielle et la création des *espaces de négociation* par lesquels les PP des acteurs concernés pourront se stabiliser dans le temps. Ces acteurs contribuent ainsi à s'entre-définir constamment par le biais d'un processus d'identification constante et de mise en relation mutuelle en fonction de leurs intérêts et de leurs enjeux qui ne sont pas figés. C'est ainsi que la nature hétérogène des réseaux sociotechniques peut contribuer significativement à la production d'innovations en milieu organisationnel.

Finalement, en ce qui concerne le troisième courant théorique, nous nous inspirons des principes de la *théorie de la structuration* et son application aux sociétés contemporaines (Giddens, 1987, 1994). Giddens explore ici la nature du lien dialectique entre l'action sociale ou *agence* et le pouvoir. Selon lui, être capable d'agir autrement signifie de pouvoir intervenir ou de s'abstenir d'intervenir pour influencer le cours d'un procès concret. L'agence dépend donc de la capacité d'une ou plusieurs personnes de créer une différence dans un procès concret, dans le cours des événements. Un agent cesse de l'être s'il perd cette capacité d'exercer un pouvoir.

L'auteur conçoit donc les *structures sociales* comme des ensembles différenciables de règles et de ressources essentielles dans les relations de transformation et organisés en tant que propriétés des systèmes sociaux. Le *système social*, quant à lui, fait référence à un ordre virtuel de modes de structuration engagés de façon récursive dans la production et la reproduction des

pratiques sociales. Un terme d'importance capitale pour le développement du MTO est la notion de *dualité du structurel*. Ce terme est au centre de l'idée de structuration. La constitution de l'agence et celle des structures ne sont pas deux phénomènes indépendants. Il s'agit plutôt d'une dualité selon laquelle les propriétés structurelles des systèmes sociaux sont à la fois la condition et la conséquence des pratiques sociales qu'elles organisent de façon récursive.

De cette façon, le processus d'intégration organisationnelle des PP peut aussi constituer un processus d'innovation mais aussi de reproduction des structures organisatrices, même lors de profonds changements organisationnels. En outre, le structurel n'a pas d'existence indépendante du savoir qu'ont les agents de ce qu'ils font pour intégrer leurs pratiques de tous les jours. Ici, l'auteur établit enfin une distinction entre *intégration sociale* et *intégration systémique*. Ces deux types d'intégration entrent en jeu dans la reproduction d'un système mais différemment. Intégration signifie réciprocité de pratiques entre des acteurs ou des collectivités liées par des relations d'autonomie et de dépendance. L'intégration sociale fait référence au caractère réciproque de l'interaction face à face, alors que l'intégration systémique fait référence aux relations qu'ont des personnes ou des collectivités avec d'autres qui sont physiquement absentes dans le temps ou dans l'espace.

Finalement, les propos de ces trois courants théoriques convergent dans un constat essentiel – un point de passage obligé de nature épistémologique – que nous mettons en lien avec le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouvernance des CLS : la relation intrinsèque entre l'*action collective*, les *rapports de pouvoir* et le *changement organisationnel*.

Pour les fondateurs de l'*approche organisationnelle de l'action collective*, le changement organisationnel ne dépend pas exclusivement d'une séquence logique de rapports sociaux inéluctables, ni de l'imposition d'un modèle d'organisation idéal, ni même du résultat naturel des luttes entre les acteurs et de



leurs rapports de force. Le changement organisationnel implique de prime abord la transformation d'un système d'action (Crozier & Friedberg, 1977). Autrement dit, pour qu'il ait du changement, il faut que tout un système d'action se transforme, c'est-à-dire, que les acteurs concernés mettent en pratique de nouveaux rapports stratégiques de pouvoir, de nouvelles formes de contrôle social. Mais pour qu'un tel changement puisse s'accomplir il ne faut pas seulement que les rapports de pouvoir entre les acteurs concernés leurs soient favorables, il faut aussi que des capacités suffisantes soient disponibles, ce qui confère au changement une connotation d'apprentissage organisationnel de nouvelles formes d'action et d'intervention collectives.

Pour les concepteurs de la *théorie de l'acteur-réseau* (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986) c'est le renouvellement des rapports de partenariat qui se présente comme nécessaire à l'innovation des interventions complexes. Pour qu'émergent de nouvelles logiques d'action collective, les acteurs doivent parvenir à transformer la nature de leurs rapports de pouvoir par le biais d'une série de traductions sociotechniques. Sans un tel renouvellement, le processus devient une reproduction itérative des logiques d'action antérieures renforcé par la pérennisation des rapports de pouvoir traditionnellement mise sur scène.

Enfin, l'auteur de la *théorie de la structuration* (Giddens, 1987) reconstruit une notion de changement social axée sur la domination comme l'une des propriétés structurelles inhérentes à la constitution de la vie sociale. Ici le processus de changement se configure par des interactions sociales où les rapports de pouvoir sont un moyen pour les acteurs de transformer les structures sociales. Or, il est très difficile de prévoir exactement les changements qui émergeront de ces interactions sociales, puisque les effets dépendent d'évènements contextuels inattendus, de possibilités d'évolution sociales et techniques et de pratiques organisationnelles naissantes.

## 2. L'opérationnalisation du MTO

La présente étude vise une compréhension renouvelée du processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS implantés dans le cadre des politiques de décentralisation des SSP. En fonction de cette visée générale, et à la lumière des propos conceptuels des approches théoriques sous-jacentes à cette étude, le MTO guide le chercheur à répondre à la question de recherche suivante : comment le réseau sociotechnique configurant les PP des acteurs impliqués dans la gouverne des CLS vient-il se traduire, par le biais de l'établissement des dynamiques collaboratives, en un système complexe d'action et d'intervention participatif?

Le MTO offre entre autre les éléments nécessaires pour la discussion autour des trois lignes de réflexion critiques, complémentaires à la question de recherche, au sujet des enjeux relatifs :

- (1) aux zones d'incertitude et des espaces de négociation configurant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS,
- (2) à la contribution de ces PP au changement organisationnel prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP, et enfin
- (3) à la réorganisation démocratique des SSP dans un contexte de modernisation réflexive et son influence sur l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des interventions complexes.

De prime abord, le MTO conçoit la gouverne des CLS comme un système complexe d'action et d'intervention participatif. Ici, un réseau d'acteurs intersectoriels présentant des perspectives fort diversifiées intègrent de façon séquentielle et interactive (*principe d'intégration*) les dimensions informelles et formelles de leurs PP (*principe de symétrie*) toujours en interrelation constante avec les facteurs influents du contexte (*principe d'adaptation à l'environnement*).

Dans ce contexte, le processus d'intégration organisationnelle des PP est conçu comme un phénomène transitionnel se déroulant en trois étapes, chacune spécifiée dans ses sous-dimensions relationnelles et structurelles. Ces étapes sont : (1) la configuration du réseau sociotechnique; (2) l'établissement des dynamiques collaboratives; et (3) la constitution du système complexe d'action et d'intervention participatif. Le déroulement séquentiel de ce processus de transition est un phénomène complexe qui ne prend pas forme de façon linéaire, mais par un processus synchronique et itératif qui renforce le chevauchement des étapes du processus d'intégration organisationnelle des PP.

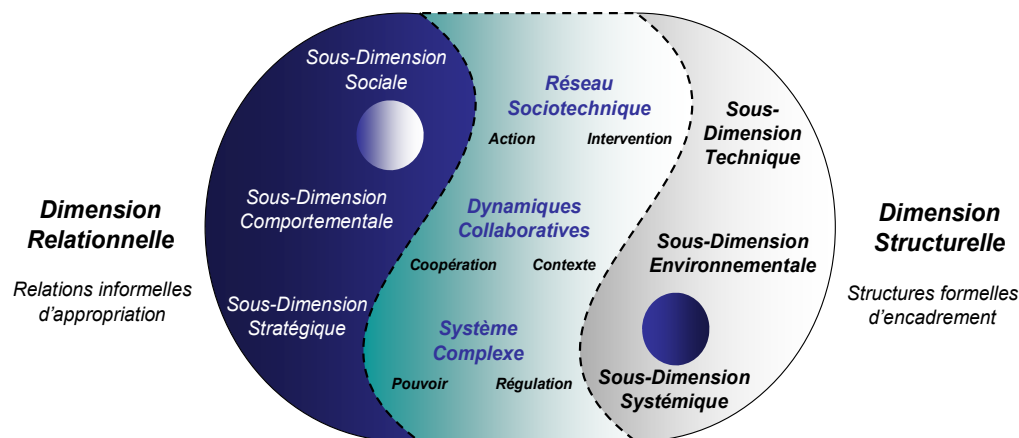
Quant à la première étape du MTO – la configuration du réseau sociotechnique – elle se déroule de façon interactive et symétrique entre le positionnement social de l'*acteur* (sous-dimension sociale) et la logique technique de l'*intervention* étudiée (sous-dimension technique). Ici, la spécification du réseau sociotechnique du milieu de recherche permet au chercheur de se situer par rapport à la position organisationnelle des parties prenantes et aux composantes techniques de l'intervention, ce qui facilite considérablement son intégration au terrain ainsi que l'implication des acteurs locaux dans le déroulement de son étude.

Ensuite, la deuxième étape du modèle – l'établissement des dynamiques collaboratives – se déroule de façon interactive et symétrique entre les dispositions groupales de *coopération* (sous-dimension comportementale) et les facteurs influents du *contexte* (sous-dimension environnementale). Les dynamiques organisationnelles sont imprévisibles, mais elles sont intelligibles. Ce n'est que par le biais de l'observation détaillée des comportements des acteurs concernés et de leur interaction avec les influences contextuelles qu'on arrive à comprendre les arrangements stratégiques déployés dans le cadre de l'implantation d'une intervention complexe.

Enfin, la troisième étape du MTO – la constitution du système complexe d'action et d'intervention participatif – prend forme aussi de façon interactive et symétrique entre les rapports stratégiques de *pouvoir* (sous-dimension stratégique) et les mécanismes systémiques de *régulation* (sous-dimension systémique) constituant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS. Ni la planification, ni l'implantation d'une perspective de changement organisationnel ne peuvent se concevoir en dehors du système d'action qui est l'objet du changement et dont les rapports stratégiques de pouvoir et les mécanismes systémiques de régulation en conditionnent profondément le déroulement. Cette vision à la fois stratégique et systémique du phénomène participatif nous semble essentielle dans les efforts de réorganisation démocratique des systèmes de santé contemporains.

En ce qui concerne l'illustration du MTO, nous nous sommes inspirés des symboles du *Yin* et du *Yang*, car ils représentent les deux catégories complémentaires que l'on peut retrouver dans tous les aspects de la vie quotidienne. Cette notion de complémentarité et de réconciliation est en lien avec le *principe de symétrie* de tout phénomène organisationnel. Ce principe organisationnel comprend donc toute interaction entre les dimensions informelles et formelles constituant le processus d'intégration organisationnelle des PP. Ces dimensions se trouvent, d'une part, en relation d'*opposition*, tout en sachant que chacune des deux dimensions porte en elle l'essence de l'autre et, d'autre part, en relation d'*interdépendance*, chaque dimension ne se concevant pas sans l'autre. Les irrégularités d'une des deux entraînent des conséquences sur l'autre et un déséquilibre de l'ensemble.

La figure 4 illustre les éléments reliés aux dimensions d'ordre relationnel et structurel du MTO.

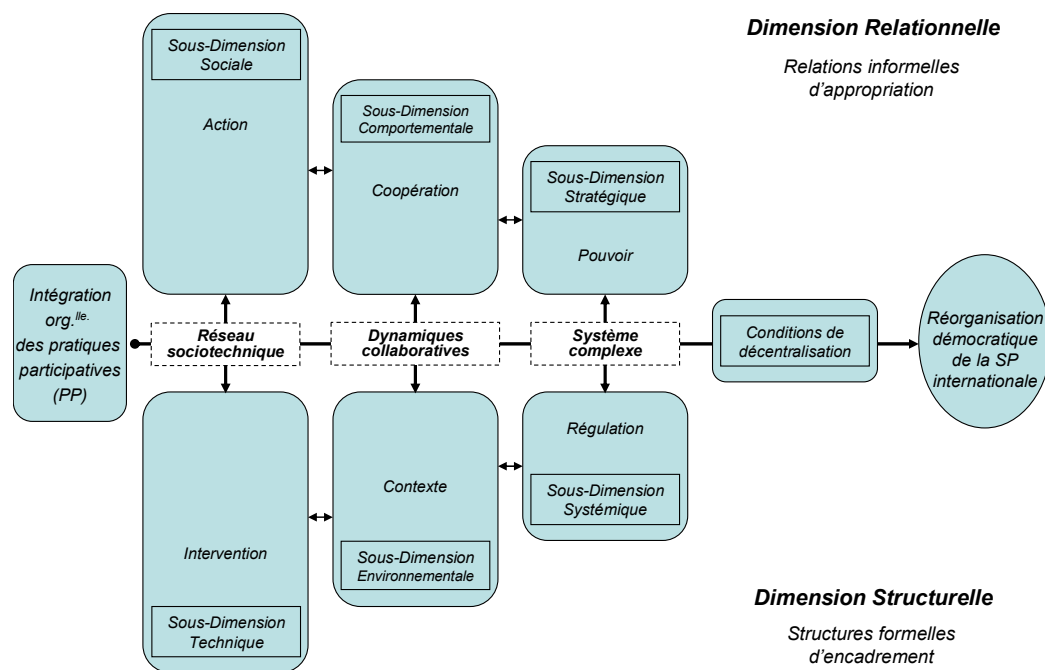


**Figure 4:** Modèle de la transition organisationnelle (MTO)

De cette façon, le MTO est un outil d'analyse, de comparaison et de synthèse qui facilite le suivi de l'adaptation mutuelle et les transformations successives entre les *relations informelles d'appropriation* et les *structures formelles d'encadrement* constituant toute stratégie innovatrice à dominante participative. Il permet d'explorer en profondeur les dimensions relationnelles et structurelles des étapes du processus d'intégration des pratiques d'action et d'intervention participatives dans la gouverne des interventions complexes (Barnes, Matka, & Sullivan, 2003; Connelly, 2007; Lion & Martini, 2006; Rogers, 2008; Sanderson, 2000), ces dernières se déroulant dans des contextes pluralistes (Denis, et al., 2007). En nous guidant par ce modèle, nous parvenons, en premier lieu, à décrire le positionnement social de l'acteur et la logique technique de l'intervention. Ensuite, nous rendons intelligibles les dispositions comportementales de coopération et les facteurs environnementaux du contexte. Et finalement nous sommes en mesure de faire connaître les rapports stratégiques de pouvoir et les mécanismes systémiques de régulation constituant le processus d'intégration organisationnelle des PP des acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des CLS.

Ici, l'analyse stratégique et systémique facilite au chercheur la configuration, située dans un espace discursif à dominante sociotechnique, des *zones d'incertitude* et des *espaces de négociation* relatifs au système complexe d'action et d'intervention participatif constitué par les CLS. Puisque le changement est d'abord la transformation d'un système d'action (Crozier & Friedberg, 1977), les *configurations situationnelles* produites par ce modèle nous permettent, dans un deuxième temps, de poser un jugement critique sur la contribution de ces PP au changement organisationnel prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP, organisme responsable du processus d'implantation des CLS à l'étude. Enfin, dans un troisième temps, et à la lumière de ces connaissances locales, nous sommes en mesure de faire une synthèse autour des enjeux inhérents aux forces de tension paradoxales existantes, dans la gouverne des interventions complexes, entre la pensée contemporaine de réorganisation démocratique de la santé publique internationale et la participation intersectorielle locale.

La figure 5 illustre la relation entre les dimensions d'ordre relationnel et structurel du phénomène d'intégration organisationnelle des PP, le changement organisationnel prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP et le processus de réorganisation démocratique de la santé publique internationale. Ceci équivaut à la théorie de changement de l'intervention complexe sous étude (Mason & Barnes, 2007).



**Figure 5:** Opérationnalisation du MTO

### 3. L'instrumentalisation du MTO

Le MTO conçoit le processus d'intégration des PP comme un phénomène organisationnel complexe se déroulant en trois étapes récurrentes, soit (1) la configuration du réseau sociotechnique, (2) l'établissement des dynamiques collaboratives, et (3) la constitution d'un système complexe d'action et d'interventions participatif. Dans cette section, chaque étape, présentant son fondement conceptuel ainsi que les critères et les sous-critères qui lui sont attribués, est décrite en fonction des relations de symétrie existant entre ses sous-dimensions relationnelles et structurelles

Le tableau 1 illustre le modèle standard de la grille d'instrumentalisation du MTO, qui montre la relation entre ses différentes composantes : l'étape, les dimensions et sous-dimensions, le fondement conceptuel et les critères et sous-critères.

<i>Étape</i>				
Dimension Relationnelle	Sous-dimension			
	Fondement	Critères	Sous-critères	
	-	-	-	-
		-	-	-
-		-	-	
↑ <i>Symétrie organisationnelle</i> ↓				
Dimension Structurale	Sous-dimension			
	Fondement	Critères	Sous-critères	
	-	-	-	-
		-	-	-
-		-	-	

**Tableau 1** Modèle standard de la grille d'instrumentalisation du MTO

La première étape du MTO est la *configuration du réseau sociotechnique*, constituée par ses sous-dimensions *sociale* et *technique*.

Du côté relationnel, le fondement conceptuel de la sous-dimension sociale est le *positionnement social de l'acteur*. Dans le MTO, l'acteur est le point de départ incontournable qui se définit par sa position quant à la situation-problème (Crozier, 2000b). Étant donné que dans la gouverne des CLS un acteur ne peut pas se représenter comme individu, tous les acteurs de cette étude sont des acteurs collectifs dont leurs représentants présentent, pourtant, des intérêts et des enjeux personnels. Ainsi, afin de dépasser la dichotomie classique entre les notions d'acteur collectif et d'acteur individuel, nous proposons une conception complexe de la notion d'acteur configurée par la combinaison entre une *entité organisationnelle* et son/ses *porte-parole/s*.



Compte tenu de la nature à la fois sociale et technique du réseau sociotechnique, les porte-paroles des entités organisationnelles peuvent être sociaux (une ou plusieurs personnes) ou techniques (des discours, des règles, des ressources). Ainsi, chaque entité organisationnelle impliquée dans la gouvernance des CLS essaie de ressembler des porte-paroles sociaux et techniques capables de représenter son mandat légal, sa vision et sa mission tout en développant des comportements homologues. Cependant, les porte-paroles sociaux se définissent par des intérêts et des enjeux propres qu'ils poursuivent dans le contexte d'action où ils se trouvent. Ils interagissent dans un jeu permanent de coopération et de concurrence bien différent des règles formelles assignées au poste qu'ils occupent pour accroître leur contrôle sur les ressources critiques du système.

Ceci dit, dans le MTO le positionnement social de l'acteur est donné par deux critères principaux : les scènes de repérage et les compétences identitaires. Les **scènes de repérage** permettent de situer l'acteur en fonction du secteur sociétal (administration publique, industrie capitaliste, société civile), du domaine institutionnel (service publique, instance gouvernementale, société non financière, ONG, association territoriale), du palier d'influence (central, régional, local) et du champ de pratique (équipe professionnelle, cadre gestionnaire, groupe politique, corps académique, agent commercial ou collectif communautaire) dans lesquels ils se positionnent. Quant aux **compétences identitaires**, elles font référence aux sources de pouvoir identifiées par les auteurs de l'approche organisationnelle de l'action collective (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997), c'est-à-dire, l'expertise technique (compétence, spécialisation, savoir-faire), la maîtrise des informations (accès à l'information, accès aux flux de communications), la maîtrise des règles institutionnelles (accès aux règlements, accès aux lois d'attribution de moyens) et finalement la maîtrise des relations avec les environnements pertinents pour l'organisation (accès aux ressources matérielles, accès aux réseaux connexes). L'importance de ces compétences identitaires repose en ce qu'elles sont des sources de pouvoir renvoyant à un ou plusieurs types de zone d'incertitude où existe un déficit de rationalité qui donne

lieu à des espaces informels de négociation souvent opposés aux structures formelles d'encadrement de l'intervention.

Du côté structurel, le fondement conceptuel de la sous-dimension technique est la *logique technique de l'intervention*. Dans le MTO, ceci représente le modèle logique de l'intervention, qui rend compte de ses composantes et spécifie les activités et les services à développer pour produire les bénéfices qu'elle est censée produire, ainsi que les stratégies et les tactiques pour atteindre ses buts et ses objectifs (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, & Denis, 2009b; McLaughlin & Jordan, 1999, 2004; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). Ici, l'intervention – dans cette étude il s'agit des CLS implantés dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP – est conçue comme un système organisé d'action collective qui vise, dans un environnement donné et durant une période de temps donnée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène organisationnel pour corriger une situation problématique (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2009).

La logique technique de l'intervention du MTO est donnée par sa structure, son processus et ses finalités<sup>1</sup> (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2009). La **structure** comporte trois dimensions interdépendantes : une dimension physique qui correspond aux ressources mobilisées (financières, immobilières, techniques), une dimension juridique qui correspond à la dimension légale de l'intervention (des lois, des règlements, des conventions, des règles de gestion), et une dimension symbolique qui correspond au système de valeurs et de représentations (des croyances, des représentations, des significations) permettant aux acteurs concernés de communiquer entre eux et de donner du sens à leurs actions. Le **processus**, quant à lui, comporte l'organigramme décisionnel, qui correspond à la composition légale des représentants et leurs rôles attribués au sein de l'intervention (président, secrétaire, membre représentant), les dynamiques de fonctionnement, qui désignent la manière dont l'intervention est

---

<sup>1</sup> Les catégories 'acteurs' et 'environnement' sont décrites dans d'autres sections du MTO.

dynamisée dans le temps (intermittente, permanente), et le plan de production, qui correspond aux produits (activités, services) mis en place pour atteindre les finalités de l'intervention. Enfin, les **finalités**, qui correspondent aux objectifs de l'intervention à court, moyen et long termes visant à modifier l'évolution d'un ou de plusieurs phénomènes en agissant dans le temps sur un certain nombre de leurs déterminants pour corriger une situation problématique.

Le tableau 2 montre les dimensions, les sous-dimensions, le fondement conceptuel, les critères et les sous-critères de la première étape du processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS : la *configuration du réseau sociotechnique*.

<i>Étape 1. Configuration du Réseau sociotechnique</i>			
<b>I. A. Sous-dimension sociale</b>			
	<b>Fondement</b>	<b>Critères</b>	<b>Sous-critères</b>
<b>Dimension Relationnelle</b>	<i>Positionnement social de l'Acteur</i>	<i>Scènes de repérage</i>	- Secteur sociétal
			- Domaine institutionnel
			- Palier d'influence
			- Champ de pratique
		<i>Compétences identitaires</i>	- Expertise technique
			- Maîtrise des informations
			- Maîtrise des règles institutionnelles
			- Maîtrise de relation avec l'environnement
↑ <i>Symétrie organisationnelle</i> ↓			
<b>I. B. Sous-dimension technique</b>			
	<b>Fondement</b>	<b>Critères</b>	<b>Sous-critères</b>
<b>Dimension Structurelle</b>	<i>Logique technique de l'Intervention</i>	<i>Structure</i>	- Physique
			- Juridique
			- Symbolique
		<i>Processus</i>	- Organigramme décisionnel
			- Dynamiques de fonctionnement
			- Plan de production
		<i>Finalités</i>	- Court terme
			- Moyen terme
			- Long terme

**Tableau 2** Configuration du réseau sociotechnique

La deuxième étape du MTO est l'*établissement des dynamiques collaboratives*, constituée par ses sous-dimensions *comportementale* et *environnementale*.

Du côté relationnel, le fondement conceptuel de la sous-dimension comportementale est constitué par les *dispositions comportementales de coopération*. Les comportements coopératifs des acteurs sont difficilement prévisibles, mais ils sont intelligibles. Pour comprendre les stratégies des acteurs, et en conséquence la constitution du système d'action, il faut donc observer les comportements afin de comprendre comment chaque acteur se place et comment il coopère dans la situation à laquelle il participe. La coopération caractérise le processus par lequel les acteurs interagissent en vue d'atteindre un objectif général commun (Foudriat, 2007) et renvoie à tous les ajustements par lesquels ces acteurs parviennent à coordonner leurs actions pour atteindre des objectifs qui ne sont pas nécessairement convergents avec leurs enjeux.

Dans le secteur des SSP, Rifkin et collaborateurs (1988) ont élaboré un modèle pour examiner les comportements participatifs des communautés impliquées dans la mise en place des programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Les auteurs de ce modèle, amplement utilisé dans le secteur de la santé (Barker & Klopper, 2007; Bichmann, Rifkin, & Shrestha, 1989; Bjaras, Haglund, & Rifkin, 1991; Eyre & Gauld, 2003; Jacobs & Price, 2003; Nakamura & Siregar, 1996; Neuwelt, et al., 2005), ont défini cinq dimensions comportementales fondées sur les dynamiques de coopération qui jouent un rôle important dans le processus d'intégration organisationnelle des PP : gestion, évaluation des besoins, leadership, organisation et mobilisation des ressources. Ces dimensions permettent de représenter le processus de la participation du public à différents moments dans le temps ou entre différents acteurs intersectoriels.

Nous nous sommes inspirés des travaux empiriques utilisant ce modèle pour construire la sous-dimension comportementale de notre modèle. Ceci dit, les dispositions comportementales de coopération du MTO sont données par un seul critère, **la disposition groupale**, ou ensemble de processus qui émergent et se développent dans des petits groupes sociaux durant la réalisation de leurs activités communes. Ce critère regroupe six sous-critères interdépendants relatifs aux dynamiques collaboratives du groupe de porte-paroles impliqués dans la gouverne des CLS : l'identification de besoins, qui correspond au processus de sélection et de priorisation des problèmes affectant leur district sanitaire, la mobilisation de ressources, qui correspond à la forme de mise en place et d'utilisation des ressources physiques, juridiques et symboliques de l'intervention, le leadership, qui correspond aux types de relation de confiance qui s'établit entre la figure responsable de la gouverne du CLS et les acteurs intersectoriels concernés, la communication, se référant à l'agir communicationnel et aux voies de communication utilisées par les membres du CLS lors du développement de leurs activités et services, les sous-groupes, correspondant à la constitution d'équipes de travail spécialisées dans des domaines spécifiques de la santé publique et la promotion de la santé en vue de la résolution d'un problème manifeste, et finalement la représentation, ou l'acte de rendre perceptible le mandat légal et la vision des entités organisationnelles concernées au sein de l'espace participatif convenu par le CLS. Ici, nous examinons également la représentation dans le sens inverse, c'est-à-dire, l'acte de rendre perceptible les dynamiques participatives du CLS au sein des entités organisationnelles concernées.

Du côté structurel, le fondement conceptuel de la sous-dimension environnementale est constitué par les *facteurs environnementaux du contexte*. Le principe d'adaptation à l'environnement est devenu un facteur primordial pour le développement des phénomènes organisationnels et leur pérennité. Ainsi, les espaces d'action et d'intervention participatifs doivent appréhender le plus finement possible les évolutions dans leurs environnements pertinents pour, d'une

part, définir des stratégies d'adaptation au contexte et, d'autre part, redéfinir certaines procédures internes en fonction des influences contextuelles.

La relation réciproque et itérative entre les influences contextuelles et les dynamiques participatives devient ainsi un des piliers incontournables du discours de la santé publique. Dans le domaine des SSP, la compréhension des processus participatifs et des conditions de succès d'une initiative ou d'un dispositif participatif donné requiert la considération rigoureuse du contexte dans lequel ces processus ont lieu (Eyre & Gauld, 2003; K. Kelly & Van Vlaenderen, 1996; Ugalde, 1985). Effectivement, pour ces auteurs, les stratégies d'engagement des acteurs intersectoriels dans la gouverne des systèmes locaux de santé, ainsi que les évaluations ultérieures de ces stratégies, ont eu tendance à considérer la participation comme étant un phénomène uniforme, afin de créer un dispositif idéal d'implication des différents acteurs intersectoriels aux décisions d'intérêt collectif. Très peu d'attention a été portée aux facteurs contextuels qui influencent autant les stratégies participatives déployées que les résultats de tels processus participatifs.

Dans ce contexte, certains auteurs ont élaboré des modèles conceptuels (Abelson, 2001; Frankish, et al., 2002b; Oliver, 2008; Thurston, et al., 2005; Webler & Tuler, 2006; Webler, Tuler, & Krueger, 2001) ou des regroupements typologiques (Bronfman & Gleizer, 1994; Morone & Kilbreth, 2003; G. Rowe & Frewer, 2005) facilitant l'identification des groupes d'influences contextuelles qui structurent les PP des acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des systèmes locaux de santé. La nature exploratoire des évaluations initiées en utilisant ces travaux bénéficierait de l'analyse comparative des différentes stratégies participatives à l'intérieur des groupes sociaux et entre ceux-ci afin de mieux comprendre le rôle que le contexte local peut jouer dans la structuration des PP de façon générale et, plus spécifiquement, dans la gouverne des CLS.

Ainsi, nous nous sommes inspirés de ces travaux pour construire la sous-dimension environnementale de notre modèle. Étant donné la complexité de l'univers contextuel qui peut influencer le processus d'intégration organisationnelle des PP, nous circonscrivons la sous-dimension environnementale du MTO au contexte organisationnel dans lequel ont été implantés les CLS sous étude, c'est-à-dire, le projet de réforme démocratique du système de santé axé sur les politiques régionales de décentralisation des SSP. Nous demeurons néanmoins ouverts à examiner les facteurs contextuels venant d'autres domaines institutionnels pouvant exercer des influences importantes sur le phénomène à l'étude.

Ceci dit, les facteurs environnementaux du contexte sont donnés par trois groupes de critères principaux : les facteurs technoéconomiques, les facteurs politico-administratifs et les facteurs socioculturels. Les **facteurs technoéconomiques** exercent deux types d'influences : d'une part, les influences exercées par l'émergence des technologies d'information et de communication (TICs) sur les perceptions sociales des risques pour la santé et le bien-être des populations et, d'autre part, les influences exercées par l'industrialisation des services de type biomédical ou pharmaceutique sur la gouvernance du système régional de santé. Les **facteurs politico-administratifs**, quant à eux, exercent aussi deux types d'influence : d'une part, l'influence exercée par la structure juridico-légale du système régional de santé sur les évolutions des règles de la législation socio-sanitaire et, d'autre part, l'influence exercée par les mandats administratifs du système régional de santé sur les réformes dans les procédures du travail des cadres gestionnaires et les pratiques des équipes professionnelles de la santé. Finalement, les **facteurs socioculturels** exercent de leur côté deux types d'influence : d'une part, l'influence exercée par le réseautage associatif existant dans la région, sur les dynamiques organisationnelles du centre de santé dans lequel le CLS a été implanté et, d'autre part, l'influence exercée par la culture participative existante dans la région sur l'espace d'action et d'intervention participatif ouvert par le centre de santé dans lequel le CLS a été implanté.

Le tableau 3 montre les dimensions, les sous-dimensions, le fondement conceptuel, les critères et les sous-critères de la deuxième étape du processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS : *l'établissement des dynamiques collaboratives*.

<i>Étape 2. Établissement des Dynamiques collaboratives</i>		
<b>2.A. Sous-dimension comportementale</b>		
<b>Fondement</b>	<b>Critères</b>	<b>Sous-critères</b>
<b>Dimension Relationnelle</b>  <i>Dispositions comportementales de Coopération</i>	<u><i>Dispositions groupales</i></u>	- Identification de besoins
		- Mobilisation de ressources
		- Leadership
		- Communication
		- Formation des sous-groupes
		- Représentation
↑ <i>Symétrie organisationnelle</i> ↓		
<b>2.B. Sous-dimension environnementale</b>		
<b>Fondement</b>	<b>Critères</b>	<b>Sous-critères</b>
<b>Dimension Structurelle</b>  <i>Facteurs environnementaux du Contexte</i>	<u><i>Facteurs Techno-économiques</i></u>	- Émergence des TICs
		- Industrialisation des services
	<u><i>Facteurs Politique-administratifs</i></u>	- Structure juridico-légale
		- Mandats administratifs
	<u><i>Facteurs Socioculturels</i></u>	- Réseautage associatif
		- Culture participative

**Tableau 3** Établissement des dynamiques collaboratives

La troisième et dernière étape du MTO est la *constitution d'un système d'action et d'intervention participatif*, constitué par ses sous-dimensions *stratégique* et *systemique*.

Du côté relationnel, le fondement conceptuel de la sous-dimension stratégique est constitué par les *rappports stratégiques de pouvoir*. Ici l'évolution des comportements coopératifs déployés lors de la deuxième étape du processus d'intégration des PP sont interprétés en termes de rapports de pouvoir. La notion de pouvoir renvoie à la capacité d'un acteur (entité organisationnelle et son/ses porte-parole/s) à influencer sur d'autres acteurs en utilisant dans l'échange les ressources dont il dispose et qui lui permettent de maîtriser, plus ou moins, des



incertitudes organisationnelles cruciales pour le déroulement du projet collectif. Ainsi, le pouvoir est enraciné dans des relations d'interdépendance, il n'est pas lié aux propriétés individuelles, mais dans des rapports intersectoriels concrets sans cesse reconstitués. Il s'agit bien d'une relation de négociation d'arrangements, de marchandage asymétrique car les ressources de chacun des acteurs ne sont pas toutes pertinentes pour maîtriser les zones d'incertitude créées dans l'espace d'action et d'intervention participatif constitué par les CLS. Le pouvoir est donc un phénomène fondamentalement relationnel fondé sur des rapports d'interdépendance dans la poursuite des stratégies innovatrices pour exercer le contrôle du fonctionnement organisationnel.

Ainsi, les rapports de pouvoir peuvent être analysés comme l'expression des stratégies rationnelles des acteurs concernés visant à utiliser leurs sources de pouvoir pour atteindre leurs buts par leur participation à l'organisation. Ces acteurs prétendent maximiser leur marge de liberté pour négocier leurs enjeux en s'efforçant de manipuler leurs partenaires et l'organisation dans son ensemble de telle sorte que leur participation leur soit favorable. Ainsi, ces comportements stratégiques font toujours du sens, mais au lieu de faire du sens par rapport à des objectifs organisationnels, ils le font par rapport à des opportunités perçues par les acteurs dans leur espace d'action et aussi en fonction des rapports de pouvoir existant avec d'autres acteurs de cet espace.

Les rapports stratégiques de pouvoir peuvent être considérés ici comme un exercice de *traduction*, c'est-à-dire, comme un processus stratégique de création de liens entre différents acteurs intersectoriels faisant partie d'un réseau sociotechnique afin de rendre intelligible un projet collectif innovateur qui se stabilise par la suite. Ce projet collectif est fondé sur des compromis et des stratégies continues effectuées par des acteurs et leurs porte-paroles qui essaient, pour leur part, de traduire leurs propres innovations au sein du réseau sociotechnique. La formation de la stratégie participative présentée comme un

processus de traduction acquiert la condition d'une construction collective donnée par les différents acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des CLS.

De cette façon, les rapports stratégiques de pouvoir sont donnés, dans notre modèle, par les quatre moments de traduction qui se chevauchent dans les processus d'élaboration des stratégies innovatrices et la négociation de la participation des acteurs impliqués dans la gouverne des CLS. Ces moments sont la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation. Tout d'abord, la **problématisation** est la définition provisoire d'une situation problématique qui permet au traducteur d'identifier les acteurs concernés, leurs intérêts et leurs enjeux, ainsi que les controverses et les alliances qui se tissent dans leur espace d'action et d'intervention participatif. Ensuite, l'**intéressement** est l'ensemble de stratégies déployées par le traducteur en vue d'accroître l'intérêt et les attentes des acteurs alliés ou partenaires afin qu'ils appuient le projet collectif et établissent les priorités d'action collective. L'**enrôlement** consiste, quant à lui, à un processus de négociation qui conduit à la redéfinition et la réattribution de rôles au sein du nouveau projet collectif et à l'implication d'une masse critique de partenaires inter-organisationnels dans la mise en œuvre du projet collectif. Enfin, la **mobilisation** implique la sélection et la confirmation du/des porte-parole/s ainsi que la mise en place des actions et des interventions intersectorielles pour que le projet collectif, c'est-à-dire l'innovation stratégique, devienne indispensable pour les acteurs concernés. Ce processus permet l'extension effective du réseau sociotechnique, qui dépasse les frontières cernées dans la phase de problématisation.

Du côté structurel, le fondement conceptuel de la sous-dimension systémique est constitué par les *mécanismes systémiques de régulation*. Les rapports stratégiques de pouvoir sont le produit d'un ensemble d'arrangements qui se rejouent en permanence tout en permettant de déduire l'existence d'un processus de régulation entre les acteurs concernés. Cette régulation est le reflet d'un ensemble de règles sous-jacentes aux jeux de pouvoir qui définissent la

nature des échanges acceptables entre les acteurs et le caractère fondamentalement stratégique du processus de traduction. Ainsi, les mécanismes de régulation qui régissent la traduction du projet collectif entre les acteurs autour des situations problématiques deviennent un construit social où la définition des situations problématiques et de leurs solutions sont la résultante des multiples jeux stratégiques qui se tissent entre tous les acteurs concernés et qui constituent un système d'action concret.

La coopération entre les acteurs, et donc les pratiques d'action et d'intervention participatives intégrées dans la gouverne des CLS traduisent toujours des mécanismes de régulation d'un système d'action très instable car les jeux de pouvoir peuvent changer à partir du moment où un ou plusieurs acteurs acquièrent de nouvelles perceptions stratégiques sur les structures formelles d'encadrement de leur espace d'action. Les mécanismes systémiques de régulation permettent l'intégration des rapports stratégiques de pouvoir et rendent possible la création d'un projet collectif, même si celui-ci n'est pas tout à fait conforme à celui prédit par le système formel. Ici la régulation est conçue comme un processus structurant malléable au sens où les acteurs peuvent la respecter tout en conservant leur marge de liberté. Elle est l'objet de négociations et d'évolutions progressives entre les acteurs impliqués dans la gouverne des CLS.

Ceci dit, les mécanismes systémiques de régulation arrivent par un processus structuré en quatre moments qui se chevauchent mutuellement : la formalisation, la prise de conscience, la délégation explicite et la finalisation. La **formalisation** est le produit d'un processus de coordination intersociétale et trouve sa force dans la mesure où elle est reprise et intégrée par les acteurs concernés dans leur espace d'action et d'intervention participatif. Plus concrètement, la formalisation porte sur la mise en action de règles de conduite plus ou moins explicites qui tentent de régulariser et de stabiliser l'action collective grâce à des structures formelles d'encadrement. La **prise de conscience** des interdépendances renforce la nécessité de réguler l'évolution du projet

collectif à deux niveaux organisationnels : d'une part, les instruments et dispositifs de mesure et d'évaluation qui rendent visibles les performances respectives des acteurs intersectoriels ainsi que les résultats de la coopération ou de la non-coopération et, d'autre part, l'interconnaissance des acteurs ou degré d'information dont disposent les uns et les autres et qui conditionne la nature des rapports stratégiques de pouvoir de leur espace d'action et d'intervention participatif. En troisième lieu, la **délégation explicite** de tout système d'action est partiellement endogène, en ce que l'on trouve toujours des agents intégrateurs ou traducteurs du projet collectif qui assurent une partie importante de la mise en place du processus de régulation. Elle est aussi partiellement exogène en ce que l'espace d'action et d'intervention participatif des CLS est influencé par d'autres contextes organisationnels qui déterminent en partie les comportements stratégiques des acteurs par d'autres règles de jeu. En dernier lieu, la **finalisation** renvoie à l'aboutissement des transactions parmi les champs de pratique sous forme de projet collectif. Il s'agit aussi du degré auquel les acteurs concernés intériorisent et intègrent le résultat de leur coopération et de leurs alliances en fonction de leurs enjeux et de leurs intérêts.

Le tableau 4 montre les dimensions, les sous-dimensions, le fondement conceptuel, les critères et les sous-critères de la troisième étape du processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS : la constitution *du système complexe d'action et d'intervention participatif*.

<i>Étape 3. Constitution du Système complexe</i>			
<b>3.A. Sous-dimension stratégique</b>			
<b>Fondement</b>	<b>Critères</b>	<b>Sous-critères</b>	
<b>Dimension Relationnelle</b>	<i>Rapports stratégiques de Pouvoir</i>	<u>Problématisation</u>	- Définition provisoire de la situation-problème - Identification des acteurs concernés
		<u>Intéressement</u>	- Sélection et association des partenaires - Établissement des priorités d'action collective
		<u>Enrôlement</u>	- Définition des rôles et leur attribution aux partenaires - Implication d'une masse critique de partenaires
		<u>Mobilisation</u>	- Sélection et confirmation du porte-parole - Mise en place des actions et des interventions intersectorielles
	↑ <i>Symétrie organisationnelle</i> ↓		
	<b>3.B. Sous-dimension systémique</b>		
	<b>Fondement</b>	<b>Critères</b>	<b>Sous-critères</b>
	<b>Dimension Structurale</b>	<i>Mécanismes systémiques de Régulation</i>	<u>Formalisation</u>
<u>Prise de conscience</u>			- Utilisation de dispositifs d'appréciation de l'intervention - Interconnaissance entre les acteurs concernés
<u>Délégation explicite</u>			- Délégation exogène - Délégation endogène
<u>Finalisation</u>			- Aboutissement des transactions parmi les champs de pratique - Intégration des résultats de leur coopération et leurs alliances

**Tableau 4 :** Constitution du système complexe d'action et d'intervention participatif

## CHAPITRE 5 – STRATÉGIE DE RECHERCHE PRIVILÉGIÉE : LA RECHERCHE-ACTION

Par stratégie de recherche on entend l'intégration et l'articulation de l'ensemble de décisions à prendre pour appréhender de façon cohérente la réalité empirique afin de soumettre de façon rigoureuse les questions de recherche à l'épreuve des faits (A.-P. Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1990). Étant donné son alignement conceptuel avec les perspectives philosophique et théorique des auteurs du travail empirique, cette étude s'inspire des principes de la *recherche-action* (Aguinis, 1993; Cassell & Johnson, 2006; Dehler & Edmonds, 2006; Dickens & Watkins, 1999; Reason & Bradbury, 2006; Walsh, Grant, & Coleman, 2008). La recherche-action nous permet de faire des liens étroits entre les connaissances collectivement produites et les actions politiquement articulées par cette étude. Ceci requiert une juxtaposition épistémologique de plusieurs approches stratégiques afin de saisir la complexité du processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS.

De cette façon nous déployons une stratégie de recherche-action axée sur trois types d'approches épistémologiques bien différenciés mais fort complémentaires, soit l'*approche évaluative* (Brousselle, 2004; Brousselle & Champagne, 2004; Champagne, Contandriopoulos, et al., 2009; A.-P. Contandriopoulos, Champagne, F., Denis, J-L., & Avargues, M-C., 2000), l'*approche participative* (Brisolara, 1998; Gregory, 2000; Springett, 2001; Suarez-Herrera, Springett, & Kagan, 2009) et enfin l'*approche comparative* (Carmel, 1999; Hantrais, 1999; Suarez-Herrera, 2008; Vartiainen, 2002).

### 1. L'approche évaluative : l'évaluation de processus

La visée évaluative de cette étude s'étaie sur la notion d'*évaluation de processus* (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos, & Hartz, 2009; Butterfoss, 2006; May, Mair, Dowrick, & Finch, 2007). Aussi connue comme *analyse de l'implantation* par certains auteurs (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, & Denis, 2009a; Chen, 2005; Love, 2004), l'évaluation de

processus consiste à étudier les relations entre les différentes composantes d'une intervention et son contexte lors de sa mise en œuvre. Ce type d'évaluation vise à apprécier comment, dans un contexte organisationnel particulier, une intervention provoque des changements significatifs. L'évaluation de processus est notamment utilisée lorsque l'intervention analysée est complexe et que les relations entre ses composantes sont intrinsèquement influencées par des facteurs contextuels de différentes façons. Plus particulièrement, l'évaluation de processus est utilisée pour désigner l'ensemble de processus mis en place pour implanter une intervention dans un contexte organisationnel donné. Il s'agit alors de rendre compte de plusieurs dimensions reliées au phénomène à l'étude, l'objectif étant de comprendre comment l'action collective et les arrangements de partenariat inhérents à toute intervention complexe sont organisés pour produire le changement organisationnel souhaité (Chen, 2005; Love, 2004).

La dimension évaluative de cette étude consiste donc à suivre le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS ainsi que la contribution de ce processus au changement prévu dans le cadre des politiques de décentralisation des SSP. Cette démarche consiste à explorer les dimensions relatives au phénomène à l'étude en fonction de ce que les acteurs concernés estiment être pertinent dans leur contexte local, ce qui contribue à renforcer l'utilisation du processus évaluatif (Amo & Cousins, 2007; Preskill, Zuckerman, & Matthews, 2003; Suarez-Herrera, Springett, et al., 2009; Weiss, 1998). Les dimensions de processus pertinentes pour le déroulement de cette étude sont données par des critères et des sous-critères d'ordre relationnel et structurel de notre modèle conceptuel, bien qu'il soit nécessaire de les adapter aux milieux locaux de recherche. Cela implique l'adaptation de ces dimensions dans des stratégies de recherche et d'action localement acceptables. Dans ce sens, la dimension évaluative de cette étude demeure profondément reliée aux approches participatives de la recherche-action.

## **2. L'approche participative : l'évaluation participative**

La dimension participative de la stratégie de recherche-action de cette étude vise l'élaboration de connaissances que le chercheur et les participants jugent susceptibles de pouvoir contribuer à la compréhension renouvelée du phénomène à l'étude et à la poursuite des actions et des transformations suggérées par les apprentissages acquis (Preskill, et al., 2003; Torres & Preskill, 2001). Il s'agit donc d'établir un dialogue actif et réflexif (Abma, et al., 2001; Greene, 2001; McKie, 2003; Ryan & Destefano, 2001) avec et entre les participants afin de mettre en valeur leurs savoirs par le biais d'un processus d'apprentissage organisationnel et de construire simultanément un projet de changement intentionnel en fonction des intérêts des acteurs concernés (Suarez-Herrera, Springett, et al., 2009). Cette implication des acteurs concernés dans les différentes étapes du projet évaluatif est issue de la création d'un processus de développement de compétences favorisant l'appropriation réflexive des savoirs collectivement produits ainsi que l'articulation intersectorielle des actions collectives.

Étant donné la nature évaluative de cette étude, l'approche participative vient rejoindre les principes philosophiques de l'évaluation participative (Brisolara, 1998; Garaway, 1995; Plottu & Plottu, 2009; Springett, 2001). Cette approche se caractérise entre autres par la diversité épistémologique. Elle comporte un champ hétérogène de courants évaluatifs fondés sur la théorie, ainsi qu'une stratégie de recherche et d'action qui peut utiliser plusieurs orientations méthodologiques autant d'ordre qualitatif que quantitatif (Lion & Martini, 2006; Springett, 2002; Suarez-Herrera, Springett, et al., 2009).

Malgré sa diversité et complexité, la plupart des définitions attribuées à cette approche convergent vers un point : il est très important au sein d'un projet d'évaluation participative de considérer les influences contextuelles affectant le projet évaluatif, ainsi que les possibles conditions et conséquences de cette interaction mutuelle entre le projet de recherche et le contexte (Diez, 2001;



Garaway, 1995; Gregory, 2000; Springett, 2001). Par conséquent, cette approche est particulièrement pertinente pour une étude qui touche de façon approfondie l'adaptation mutuelle entre les dispositions comportementales de coopération et les facteurs influents du contexte configurant les PP des acteurs intersectoriels concernés dans la gouverne des CLS.

### **3. L'approche comparative : l'étude de cas multiples**

Le type d'étude proposé est l'*étude de cas* (Yin, 2009), et plus spécifiquement l'*étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués* (Champagne, Brousselle, et al., 2009a; A.-P. Contandriopoulos, et al., 1990). Ce type d'étude permet d'observer des comportements et des processus à plusieurs niveaux organisationnels, ce qui facilite la construction des cas qui répondent mieux aux finalités de l'étude. Ici, la définition des niveaux est faite à la lumière des dimensions du modèle conceptuel de cette étude, le MTO. Par ailleurs, l'approche de l'étude de cas est pertinente lorsque le phénomène à l'étude ne se distingue pas facilement de son contexte et lorsque la complexité contextuelle exige l'utilisation conjointe de plusieurs techniques de collecte, de gestion et d'analyse des données (Carter & Little, 2007; Stake, 2000). Elle est de même particulièrement appropriée lorsque la visée de l'étude est centrée sur les dynamiques d'interaction existantes entre les acteurs concernés par une intervention complexe, ou lorsqu'on veut mener une analyse processuelle de l'implantation de cette dernière.

L'approche comparative a été privilégiée à celle de l'étude unique de cas, tout en permettant une étude en profondeur des cas sous étude. Ici, la clé de l'évaluation des interventions complexes est l'analyse comparative des cas dans des circonstances et des contextes différents (Anderson, Crabtree, Steele, & McDaniel, 2005; Sanderson, 2000). Ceci étant, le devis comparatif de cette étude est effectué à l'échelle internationale, l'un des cas étant situé à Salvador de Bahia, au Brésil et l'autre aux îles Canaries, en Espagne, ce qui donne lieu à des enjeux d'ordre méthodologique, organisationnel et éthique que nous prenons en

considération (Dean, et al., 2005; Livingstone, 2003). En effet, un des enjeux principaux de cette étude comparative est celui de faire ressortir conjointement les similitudes que la dimension universelle des comparaisons internationales fait émerger au sujet des contextes organisationnels globaux ainsi que les différences que la dimension culturaliste des ces comparaisons fait émerger au sujet des pratiques culturelles locales (Hantrais, 1999; Suarez-Herrera, 2008).

Ce sont les *approches sociétales* de la recherche comparative qui nous permettent de résoudre cette impasse épistémologique : ces approches misent sur la compréhension de la construction des acteurs concernés à partir de la comparaison de leurs pratiques organisationnelles, celles-ci étant considérées comme des construits sociaux (Hantrais & Letablier, 1998). Ici la comparaison est axée sur les relations de symétrie faisant le lien entre les aspects à la fois relationnels et structurels des pratiques participatives : l'action locale étant indissociable des influences contextuelles et vice-versa, ce qui implique l'existence des liens entre des phénomènes globaux reliés à la mondialisation institutionnelle et des pratiques d'action et d'intervention locales (Carmel, 1999).

De cette façon, étant donné l'importance des variations contextuelles des milieux locaux de recherche et de leur interaction avec le phénomène étudié, la comparaison directe entre les différents attributs de chaque cas sous étude n'est pas recommandable (Vartiainen, 2002). L'exercice comparatif doit être effectué à partir de la confrontation entre les dimensions, les critères et les sous-critères de notre modèle conceptuel et les données empiriques relatives à chaque cas. C'est par la comparaison sociétale des cas qu'on arrive à comprendre les motifs de leurs différences et de leurs ressemblances.

### TROISIÈME PARTIE – CONTEXTUALISATION DE L'ÉTUDE

Cette section de l'étude consiste à circonscrire l'univers organisationnel du contexte au sein duquel le chercheur s'attarde au phénomène étudié. Le principe d'adaptation à l'environnement nous montre la pertinence de traduire la complexification des phénomènes organisationnels par rapport aux influences contextuelles qui les affectent. Il est donc important de situer le plus précisément possible le projet de recherche dans l'environnement organisationnel dans lequel le phénomène à l'étude a été institutionnalisé et reste bien visible.

Ceci nous permet de mieux cerner les facteurs influents du contexte interagissant directement avec les différentes dimensions du phénomène de notre intérêt. Autrement dit, si l'on veut comprendre et rendre intelligibles les dimensions relationnelles et structurelles constituant le processus d'intégration organisationnelle des PP, ainsi que saisir les dynamiques d'échange et d'influence réciproque entre ces deux dimensions, il faut donc d'abord repérer les milieux de recherche et, ensuite, les cas-intervention qui serviront de dispositifs d'observation à la fois stratégique et systémique du phénomène participatif.

Ainsi, le chapitre 6 décrit les aspects organisationnels des milieux de recherche de cette étude, qui correspondent aux politiques régionales de décentralisation mises en place dans les systèmes de santé de Salvador de Bahia (Brésil) et des îles Canaries (Espagne). Ces politiques s'alignent et reproduisent les principes décrits dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en ce qui concerne l'importance de la responsabilisation et de la concertation intersectorielle dans le processus de réorganisation des systèmes de santé.

De son côté, le chapitre 7 décrit les aspects fondamentaux des cas-intervention de cette étude, qui correspondent aux CLS implantés dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP à Salvador de Bahia et aux

îles Canaries. Les CLS sont considérés comme de nouveaux espaces institutionnels d'action et d'intervention participatifs responsables du projet contemporain de modernisation et de démocratisation de la gouverne des systèmes de santé.

## CHAPITRE 6 – MILIEUX DE RECHERCHE DE L'ÉTUDE

L'approche comparative de cette étude se déroule à l'échelle internationale et prend comme contexte de référence la gouverne de la Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Salvador de Bahia (Brésil), et la gouverne du Servicio Canario de Salud (SCS) des îles Canaries (Espagne). L'intérêt que nous portons pour ces deux systèmes de santé, ainsi que leur prise en considération comparative, suit un raisonnement fondamental qui s'étaie à la lumière d'un fait historique constatable.

Le processus d'implantation des politiques de décentralisation des systèmes de santé commence, dans ces deux pays, à la suite d'une période politico-administrative de dictature militaire. En Espagne, le régime de dictature militaire concentre tous les pouvoirs dans la figure du 'caudillo', le général Francisco Franco, à partir de 1939 jusqu'à sa mort en 1975. À partir de ce moment, l'Espagne adopte graduellement une perspective politico-administrative plus progressiste qui renforce significativement la décentralisation de la gouverne du Système National de Santé (SNS) espagnol. Au Brésil, le régime militaire commence sa période dictatoriale en 1964 et qui ne prend fin qu'en 1984, après une période fortement critiquée autant pour l'augmentation de la dette brésilienne que pour sa nature répressive : la censure était fréquente. Le Brésil s'engage alors dans une phase démocratique, favorisant la démocratisation de son système de santé et, en conséquence, la constitution du SUS.

Ainsi, la gestion participative est une forme institutionnalisée de la gouverne de la SMS au Brésil, au sein de laquelle la société civile devient coresponsable de l'administration des services de soins ainsi que des stratégies de décentralisation participative. Pour ce faire, la SMS a mis en place le *Bureau-conseil de gestion participative*, qui adopte comme objectifs le renforcement du contrôle social (par la société) de la gouverne de leur système de santé ainsi que la

création d'espaces institutionnels de participation citoyenne et communautaire au sein du plan municipal de santé de Salvador 2006-2009.

Pour sa part, le modèle de gouvernance participative du SUS a été emprunté depuis 1999 par les responsables du *Département de planification stratégique, participation et coopération internationale*, unité d'appui stratégique de la direction du SCS. Ici, la création d'espaces participatifs dans la gouverne du SCS est l'expression manifeste d'un processus de construction sociale de la santé qui dépasse les stratégies classiques d'organisation des services de soins, tout en renforçant l'intégration des perspectives procédant de plusieurs secteurs sociétaux. Cette approche intersectorielle de gestion du SCS, inspirée amplement du modèle brésilien de décentralisation participative, devient ainsi un pilier fondamental du plan stratégique de santé des îles Canaries pour la période comprise entre 2004 et 2008.

Actuellement, ces deux systèmes de santé sont au cœur d'un processus de réforme très intense fondé sur la formulation et la mise en œuvre des politiques de décentralisation des SSP. Ces politiques renforcent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation au processus de réorganisation démocratique du système de santé, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres. Elles favorisent à cette fin, par un processus d'apprentissage organisationnel, le développement des attitudes et des compétences des différents secteurs sociétaux vers le renforcement de l'action communautaire. Ceci s'inscrit directement dans les principes établis par la *Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires* (WHO, 1978) autour des valeurs de toute société soi-disant démocratique. De cette façon, le discours institutionnel de décentralisation des SSP intègre la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique par l'implantation des CLS comme des espaces intersectoriels d'action et d'intervention participatifs.

## **1. Les politiques de décentralisation des SSP au Brésil**

Le processus de conception du SUS brésilien a vu le jour au cours des dernières années de la période dictatoriale jusqu'à sa légitimation en 1986, lors de la VIII Conférence nationale de santé. Il a été formalisé dans le chapitre de la Santé de la Constitution Fédérale de 1988 et ses dispositions constitutionnelles ont été réglementées officiellement par les Lois Organiques de Santé n° 8.080 et 8.142. La législation organique du SUS incorpore une conception élargie de la santé orientée vers l'amélioration des conditions sociales d'existence des populations et elle promeut la participation communautaire dans le processus de réorganisation du système de santé.

Le SUS conçoit légalement la santé des populations comme droit citoyen et devoir de l'État au sein d'un projet de Constitution de caractère participatif configuré par un ensemble de principes démocratiques et de directives d'intervention. Parmi ces principes démocratiques se trouvent l'universalité, l'équité et l'intégralité, qui sont intimement liés à des lignes directrices d'intervention telles que le contrôle social, la décentralisation, la hiérarchisation, la régionalisation et la territorialisation (Correia, 2005; Pessoto, et al., 2001; Wendhausen, 2006). C'est dans ce contexte organisationnel de réforme décentralisatrice que la participation démocratique dans les processus de formulation, d'implantation et d'évaluation des politiques de santé a été institutionnalisée au Brésil.

La participation sociale constitue donc un axe essentiel des politiques de décentralisation des SSP qui s'institutionnalise par l'implantation des conseils de santé et des conférences de santé. Les dirigeants politiques et les cadres gestionnaires défenseurs de ce projet de réforme participative préconisent l'idée que la décentralisation des SSP produira un rapprochement croissant entre l'administration publique et la société civile, cette dernière devenant un acteur primordial dans la formulation des politiques de santé publique. Ce dialogue institutionnel entre citoyen et État renforcerait la 'débureaucratiation' du système

de santé, ce qui faciliterait la résolution des problèmes désormais collectivement formulés (Correia, 2005; C. F. Teixeira & Solla, 2006).

Dans cette perspective de réforme socio-sanitaire, la décentralisation des SSP est perçue comme un transfert de pouvoir, non seulement du plan central au plan local, mais principalement comme un déplacement de pouvoir envers les différents secteurs organisés de la société civile, en partenariat avec les mouvements sociaux des usagers et des équipes professionnelles (Fuks, 2005; Labra, 2006; Valla, 1998). À cette fin, deux programmes ont été implantés lors de la période la plus récente des politiques de décentralisation des SSP : le Programme d'agents communautaires de la santé (PACS) et le Programme de santé de la famille (PSF). La mise en place de ces deux programmes fût possible à la suite des investissements financiers attribués par le Ministère de Santé afin de promouvoir la reformulation démocratique des politiques de décentralisation des SSP (Silva, 2001). L'adaptation de ces programmes aux réalités locales se caractérise par leur potentiel transformateur et participatif du processus de réorganisation des soins, si bien qu'ils peuvent entraver, au cas où ils maintiennent leur caractère de gestion ministérielle, la nature émancipatrice du discours institutionnel de décentralisation des SSP.

## **2. Les politiques de décentralisation des SSP en Espagne**

En Espagne, la Constitution espagnole instaurée en 1978 représente un fait sans précédent au regard de la reconnaissance des droits fondamentaux des citoyens. Dans ce contexte de transition politique, la Loi Générale de la Santé 14/1986 voit la lumière le 25 avril 1986 et crée les conditions pour la création du SNS par l'intégration de divers sous-systèmes de santé publics. La finalité fondamentale du SNS consiste en la régulation générale de toutes les actions permettant la concrétisation effective du droit à la protection de la santé reconnu dans l'article 43 de la Constitution espagnole.



Le SNS s'appuie sur l'idée que toutes les personnes ont le droit à la santé, indépendamment de leur situation sociale et économique. L'État assume cette responsabilité par la gestion d'un système de soins dont ses principes fondamentaux sont l'universalisation de l'assistance sanitaire, l'accessibilité et la déconcentration – axées sur un processus de régionalisation sanitaire – la décentralisation et les SSP, entre autres.

Ainsi, en Espagne, le panorama général des politiques de décentralisation des SSP trouve ses origines dans le transfert de compétences et de responsabilités du palier central vers les Communautés Autonomes (CA). Celles-ci sont des régions administratives organisées en fonction d'un référentiel intégral à l'échelle nationale de telle manière qu'il leur soit possible d'offrir toutes les prestations inhérentes au SNS. Ces CA sont distribuées suivant des démarcations territoriales dans la poursuite des principes d'accessibilité des services de soins aux populations et de gouverne décentralisée de type participatif (Martin-Garcia, Ponte-Mittelbrun, & Sanchez-Bayle, 2006).

La décentralisation des SSP fait donc partie d'un projet de réorganisation du SNS afin d'augmenter la capacité de réponse de la part des services des soins et des équipes professionnelles régionales aux besoins et aux attentes de la population qui se voit graduellement impliquée dans les processus de prise de décision des conseils de direction de santé. La réforme sanitaire espagnole est comprise ici – dans ses dimensions politique, administrative et juridique–, comme un processus de réorientation stratégique axé sur la participation sociale aux décisions d'intérêt collectif qui est porteur d'un projet de changement plus large au niveau social (Gaminde, 1999).

## CHAPITRE 7 – CAS-INTERVENTION DE L'ÉTUDE

Dans ce contexte organisationnel de décentralisation des SSP, les responsables du système de santé ont privilégié la mise en place des CLS comme espaces institutionnels de participation. Ces espaces constituent les *cas-intervention* de l'étude, c'est-à-dire, les points d'observation idéaux en fonction de l'image que se fait le chercheur de la situation-problème, à laquelle correspond une sorte de 'connaissance préalable' sur le phénomène à l'étude (Hamel, 1997). Étant donné la nature évaluative de cette étude, la prise en compte des CLS comme des espaces privilégiés d'observation ne s'aligne pas seulement avec notre conception de la notion de « cas » mais aussi avec celle d'« intervention ».

D'une part, le *cas* à l'étude est ici envisagé comme un construit épistémologique par lequel notre phénomène d'intérêt peut être étudié en profondeur (Hamel, 1997). Il est construit et postérieurement choisi, sinon déterminé de façon stratégique, en fonction des finalités de cette étude et de son degré d'évaluabilité. D'autre part, l'*intervention* représente dans cette étude un système organisé d'actions visant, dans un contexte donné et durant une période de temps donnée, à modifier le cours prévisible d'une situation problématique (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2009)

Les cas-intervention de cette étude – les CLS – font donc office de laboratoire d'observation dans la mesure où ils comportent les qualités nécessaires en vertu des perspectives théoriques sous-jacentes à notre modèle conceptuel. En tant qu'espaces d'action et d'intervention participatifs, les CLS deviennent ainsi le milieu idéal pour faciliter l'intégration du chercheur dans son terrain, tout en lui permettant de décrire, de mieux comprendre et de rendre intelligible le phénomène participatif qui fait l'objet de cette étude. Il importe donc d'exposer la situation actuelle de nos cas-intervention par rapport au milieu de recherche circonscrit par cette étude.

## 1. La situation des CLS à Salvador de Bahia (Brésil)

La municipalité de Salvador, capitale de l'état de Bahia (Brésil), occupe une extension territoriale de 707 km<sup>2</sup>. Du point de vue politico-administratif, Salvador comprend 18 régions administratives (RA) et 12 districts sanitaires (DS). Du point de vue régional, elle fait partie de la Région Métropolitaine de Salvador (RMS). Selon les estimations de l'Institut brésilien de géographie et de statistique (IBGE) pour l'année 2005, la population résidente de la ville de Salvador était de 2 673 560 habitants. Le CLS à l'étude est situé dans le DS d'Itapagipe, plus précisément dans le secteur de Massaranduba qui comprend, selon les estimations de l'IBGE pour l'année 2007, une population de 13 748 habitants.

Depuis sa création en 1990, le Conseil national de secrétariats municipaux de santé (CONASEMS) essaie de promouvoir et de consolider un modèle novateur de gestion publique de la santé axé sur la décentralisation et la municipalisation des services. Dans l'État de Bahia, l'organisme régulateur des conseils municipaux de santé est le Conseil provincial de secrétariats municipaux de santé (COSEMS-BA), inscrit au CONASEMS. Le COSEMS-BA est une instance civile à but non lucratif, ayant une autonomie administrative, financière et patrimoniale, de durée indéterminée et ayant son siège dans la ville de Salvador de Bahia<sup>2</sup>. Néanmoins, à la fin des années 1990 et au début des années 2000, les refontes successives de la Législation organique du SUS ont remis en cause la contribution des citoyens à l'organisation et à l'administration de la SMS.

Ainsi, le Conseil municipal de santé (CMS) de Salvador a organisé en 2006 la VIII Conférence municipale de santé à un moment particulièrement important dans l'histoire récente de la SUS brésilien. Il y a 20 ans, la VIII Conférence nationale de santé, pilier fondamental du processus de Réforme du SUS, a consacré la santé en tant que droit citoyen et devoir de l'État, tout en

---

<sup>2</sup> *Statuts du Conseil provincial des SMS de Bahia (COSEMS-BA), chapitre 1, article 1.*

établissant les bases politiques et administratives nécessaires pour l'incorporation de ce droit dans la Constitution Fédérale de 1988.

C'est dans ce contexte légal, issu de la mobilisation politique d'un ensemble hétérogène d'acteurs intersectoriels poursuivant les idéaux utopiques de liberté, solidarité et justice sociale, qu'a lieu le processus d'implantation des CLS. Ce processus se déploie au cœur d'une myriade d'entraves d'ordre technoéconomique et politico-administratif incompatibles avec les politiques de décentralisation de la SMS. Le transfert de responsabilités du palier central aux paliers locaux se matérialise dans un plan municipal de santé 2006-2009 qui place le processus d'implantation des CLS au centre des stratégies de réorganisation de soins sous la rubrique « Qualification du contrôle social ».

L'objectif général de cette section du plan municipal de santé 2006-2009 est celui de promouvoir la participation sociale de la santé et de mettre en place un système de gestion participative. Ainsi, la ligne d'action 18 de ce plan est axée sur un ensemble d'actions et d'interventions spécifiques orientées, entre autres, vers l'élargissement du débat public sur la Politique municipale de santé, la création d'un programme permanent de développement de compétences au plan intersectoriel en matière de gestion des services de soins, le renforcement du rôle du CMS dans le processus de décentralisation des SSP et, finalement, l'implantation des conseils de district de santé (CDS) et des CLS comme espaces d'intégration de la participation populaire aux décisions d'intérêt collectif dans la gouverne de la SMS.

La composition des CLS doit garder la parité parmi les représentants des usagers des services et des gestionnaires, les fournisseurs de services publics et privés et les professionnels du secteur de la santé. L'objectif fondamental de la présence des usagers est la participation aux délibérations au sujet de la formulation et de l'implantation des politiques et des programmes de santé ainsi que l'exercice du contrôle social en ce qui concerne les actions des

cadres gestionnaires locaux destinées à l'implantation des directives collectivement accordées dans le domaine de la santé et les services sociaux.

En ce qui concerne le positionnement social des acteurs intersectoriels concernés, nous avons identifié plusieurs entités organisationnelles impliquées directement ou indirectement dans la gouverne du CLS à l'étude, dont le déploiement s'opère en trois paliers d'influence organisationnelle. Les entités du palier central sont le Bureau de gestion participative (BGP) de la SMS, et l'Institut de santé collective (ISC) de l'Université Fédérale de Bahia (UFBA), alors que la Commission d'articulation et de mobilisation des habitants de la péninsule d'Itapagipe (CAMMPI) figure comme entité du palier régional. Les acteurs situés dans ces paliers d'influence n'ont pas de représentativité physique dans la composition du CLS, mais ils exercent une influence notable sur ses mécanismes de formalisation et de délégation. Enfin, le palier local, au niveau de la gouverne du CLS, dont les entités impliquées sont l'unité basique de santé (UBS) qui représente, en tant qu'organisme institutionnel, le secteur de l'administration publique ainsi que les associations territoriales locales (ATL) qui, quant à elles, font partie des réseaux intersectoriels représentant le secteur de la société civile organisée du DS d'Itapagipe.

### ***1.1 Premier niveau d'influence : le palier central***

Le premier niveau d'influence organisationnelle est le palier central. Il est structuré au niveau de l'administration centrale de la SMS de Salvador de Bahia et de l'Université Fédérale de Bahia (UFBA).

#### **1.1.1 Le Bureau de gestion participative (BGP) de la SMS**

Au niveau du palier central, la SMS est chargée de déterminer les grandes priorités, les objectifs et les orientations en matière de santé et des services sociaux ainsi que de veiller à leur application. La SMS est la responsable notamment : 1) de planifier les politiques de santé et des services sociaux; 2) de

leur mise en œuvre et de leur évaluation; 3) de répartir équitablement les ressources entre les DS de la municipalité et 4) d'assurer la coordination des programmes en santé publique et prendre les mesures nécessaires pour assurer la protection de la santé publique. Elle assume, entre autres, l'élaboration et l'actualisation des orientations du plan municipal de santé 2006-2009 en vue de l'amélioration et de la promotion de la santé et du bien-être des populations.

Pour sa part, le BGP est responsable du contrôle social au sein des politiques régionales de territorialisation de la SMS ainsi que de l'organisation des conférences de santé en partenariat avec les acteurs impliqués dans la gouvernance des CDS et des CLS. Plus précisément, le BGP est le responsable de : 1) la sensibilisation des acteurs intersectoriels régionaux et locaux à propos de l'implantation des CDS et des CLS; 2) le contrôle et l'appui administratif des CDS et des CLS; 3) l'organisation des forums locaux de santé; 4) la mise en œuvre des préconférences et des conférences municipales de santé; 5) l'articulation entre le palier central et les paliers régional et local de la SMS, tout en visant le renforcement de la gestion participative du SUS en fonction de ses directives nationales et 6) l'élargissement du réseau de la santé et des services sociaux avec d'autres conseils de santé, aux niveaux central, régional et local.

Ainsi, pour le BGP, les enjeux associés au processus d'implantation des CLS seront de défendre auprès de la SMS la pertinence du rôle des CLS dans le processus de mise en place du plan municipal de santé 2006-2009. L'intérêt personnel du cadre gestionnaire du BGP est de maintenir les acquis par rapport au plan municipal de santé précédent ainsi que de renforcer le contrôle social de la SMS de manière à atteindre l'ensemble des objectifs de santé et de bien-être visés.

### 1.1.2. L'Institut de santé collective (ISC) de l'UFBA

Pour le développement de ses fonctions, le BGP compte sur l'expertise du corps académique de l'ISC, à l'UFBA, qui prend en charge le processus de développement de compétences des acteurs impliqués dans la gouverne des CDS et des CLS. L'ISC est un centre de formation universitaire dans le domaine de la santé publique et de la santé collective. Parmi ses multiples finalités, l'ISC est responsable de la formation de professeurs, de chercheurs, de professionnels de la santé publique, de cadres gestionnaires et d'autres acteurs qui font partie de la gouverne de la SMS. L'ISC est aussi responsable de la production de connaissances scientifiques et technologiques de la santé collective, à partir de ses champs d'action et d'intervention disciplinaires : l'épidémiologie, la planification, la gestion et l'évaluation, et finalement les sciences sociales de la santé. Cet institut renforce les projets de gestion et d'implantation de technologies et de coopération technique dans les domaines d'intérêt de la santé collective.

L'intérêt de l'ISC au processus d'implantation des CLS dans le cadre des politiques régionales de décentralisation de la SMS a une double visée. D'abord, de contribuer, par l'actualisation et le transfert de connaissances scientifiques sur lesquelles s'étaie le plan municipal de santé 2006-2009, à l'appropriation régionale et locale du processus d'implantation des CSD et des CLS. Le second intérêt est d'accompagner le processus de décentralisation de la SMS afin de fournir une perspective sur la portée des résultats et identifier les bénéfices obtenus par l'implantation des CDS et des CLS. L'enjeu fondamental de l'ISC est celui de participer activement dans le processus de développement de compétences participatives des acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des CDS et des CLS, tout en renforçant les directives de coopération académique avec la SMS.

## ***1.2 Deuxième niveau d'influence : le palier régional***

Le deuxième niveau d'influence organisationnelle est le palier régional. Il est structuré au niveau de l'administration régionale du DS d'Itapagipe et des collectifs communautaires régionaux.

### **1.2.1. La Commission d'articulation et mobilisation des habitants de la péninsule d'Itapagipe (CAMMPI)**

Au palier régional, la CAMMPI crée un espace public d'articulation et de mobilisation des organismes communautaires et des mouvements populaires orientés vers le réseautage intersectoriel et le développement local durable de la péninsule d'Itapagipe. La CAMMPI est responsable, au niveau du DS d'Itapagipe, de : 1) l'implantation d'un axe d'articulation et de renforcement de l'art et de la culture comme l'un des aspects essentiels de la transformation socioéconomique de la péninsule d'Itapagipe et 2) l'accroissement d'espaces publics d'accueil à la demande artistique locale afin de faciliter l'accès de la population aux services sociaux et culturels de la région.

Les principaux projets de la CAMMPI visent le renforcement des organisations sociales et culturelles de la région qui sont, entre autres : 1) un projet de communication sociale visant la création d'un journal, d'un site web et d'une radio communautaires; 2) un projet de développement d'un réseau d'inclusion digitale et d'information populaire en ligne; 3) un projet de lutte anti-raciale et de formation politique et 4) un projet de soutien institutionnel aux organismes membres du réseau intersectoriel.

Ici, les influences contextuelles de type socioculturel sont associées au réseautage intersectoriel et aux valeurs inhérentes à la culture participative de la région. Dans ce sens, le travail d'articulation et de mobilisation communautaire effectué par la CAMMPI dans le DS d'Itapagipe constitue un enjeu essentiel dans le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne du CLS. Elle s'assure de défendre les intérêts des ATL qu'elle



représente, notamment sur le plan de leur autonomie. Dans la mesure où la relation entre le niveau socioéconomique des populations et leur degré de participation semble bien évident, les contributions de la CAMMPI aux efforts régionaux de développement social durable sont perçues par les acteurs impliqués dans la gouvernance du CLS comme un repère essentiel en matière de participation sociale et communautaire.

### ***1.3 Troisième niveau d'influence : le palier local***

Le troisième niveau d'influence organisationnelle est le palier local. Il est structuré au niveau de la gouvernance des UBS et du réseautage local des organismes communautaires.

#### **1.3.1 L'Unité basique de santé (UBS)**

Sur le plan local, les UBS ont pour mission d'offrir en première ligne des services de soins de santé primaires, de nature préventive et curative, ainsi que des services de réhabilitation psychophysique. Depuis plus d'une décennie, l'UBS du secteur de Massaranduba offre de services en partenariat avec les ATL. Par le biais du Programme d'agents communautaires de la santé (PACS), les professionnels de la santé de cette UBS développent davantage l'action communautaire et les services à domicile. Historiquement, les agents communautaires du secteur ont d'ailleurs contribué au développement du secteur en matière de santé et de services sociaux.

En ce qui concerne le processus de décentralisation de la SMS, les UBS sont en général le milieu d'ancrage des CLS au niveau du palier local d'influence. Elles sont le point de référence du plan municipal de santé 2006-2009 pour l'implantation des CLS, là où les ATL sont vues comme des partenaires disposant d'une expertise considérable. Le cadre gestionnaire de l'UBS du secteur de Massaranduba est responsable de la planification de toutes les mesures nécessaires afin mettre en place le fonctionnement optimal du CLS, alors que les membres de l'équipe professionnelle jouent un rôle direct dans le processus de

diagnostic et de traitement médicaux et notamment dans leur mise en œuvre au sein de leur milieu de travail en fonction des recommandations élaborées lors des conseils d'administration de leur CLS.

Pour l'UBS, les enjeux sont nombreux. La mise en place du CLS demande : 1) de réaliser un virage vers l'interdisciplinarité; 2) de privilégier l'implantation du Programme de santé de la famille (PSF) et 3) de préserver et renforcer les collaborations et les partenariats déjà existants avec les ATL. Les intérêts du cadre gestionnaire et des professionnels de la santé de l'UBS en lien avec le processus d'implantation du CLS présentent une double visée : 1) bénéficier d'un rehaussement des ressources destinées à leur UBS pour la conduite des activités reliées au fonctionnement du CLS et 2) saisir l'opportunité offerte par le CLS de rejoindre des partenaires aux niveaux régional et central.

### 1.3.2 Les Associations territoriales locales (ATL)

Finale­ment, les collectifs communautaires des ATL représentent les intérêts et les besoins en matière de santé et de services sociaux des divers secteurs de la société civile populaire. Ces associations tirent leur financement de subventions gouvernementales (60 %) et de l'autofinancement (40 %) mais présentent entre elles des écarts importants de revenus. Plus précisément, on trouve dans le CLS à l'étude plusieurs associations œuvrant dans le domaine de certaines maladies aiguës ou chroniques, des associations d'habitants de la région, ou encore des associations travaillant auprès de la petite enfance. À titre d'exemple, mentionnons la *Creche Escola Comunitária Frutos de Mães*, un des plus vieux organismes communautaires de la péninsule d'Itapagipe. Les crèches sont des établissements éducatifs qui se consacrent au soutien pédagogique des enfants âgés de trois ans et moins. Elles peuvent s'intégrer dans le système d'éducation préscolaire et d'éducation infantile.

En lien avec l'implantation des CLS, l'un des enjeux des ATL sera l'accessibilité aux ressources municipales, via l'UBS, en lien avec les activités

conduites en matière de santé et des services sociaux. Étant donné le rôle important qu'elles jouent à propos du développement social et culturel de la région, les ATL veulent faciliter l'accès de leur clientèle aux services offerts par l'UBS. Il s'agit également de défendre les intérêts de leur clientèle, notamment au plan des soins de santé primaires. Par ailleurs, elles sont intéressées aussi à maintenir ou à accroître leur financement de base. Ils doivent, devant les arrimages proposés par le CLS, respecter leur mission et tenir compte du réseautage intersectoriel développé par la CAMMPI au niveau régional.

## **2. La situation des CLS aux Îles Canaries (Espagne)**

Les îles Canaries sont une des dix-sept communautés autonomes espagnoles situées dans un archipel atlantique, au nord-ouest du Sahara occidental. Elles occupent une extension territoriale de 7 447 km<sup>2</sup>. Du point de vue administratif, les îles Canaries sont divisées en deux provinces, Las Palmas et Santa Cruz de Tenerife, qui font partie des régions ultrapériphériques de l'Union européenne. Selon les estimations de l'Institut canarien de statistique (ISTAC) pour l'année 2009 la population résidente de l'archipel canarien était de 2 103 992 habitants. Notre milieu de recherche se situe dans la province de Las Palmas, plus spécifiquement dans l'île de Grande Canarie. Le CLS à l'étude est situé dans la municipalité de Gáldar, située au nord-est de l'île et comprend, selon les estimations de l'ISTAC pour l'année 2009, une population de 24 405 habitants.

La loi d'organisation sanitaire des îles Canaries<sup>3</sup> (LOSCA) reconnaît le droit des citoyens à participer, via les espaces pertinents, aux activités relatives au secteur de la santé et, plus particulièrement, aux processus de réorganisation, d'orientation, d'évaluation et de contrôle du SCS. Ici, la création des Conseils de santé comme espaces de consultation populaire, ainsi que des Conseils de direction de zone<sup>4</sup> comme espaces d'un certain pouvoir décisionnel, représente en soi une opportunité de participation et d'intégration des divers

<sup>3</sup> *Loi 11/1994, du 26 juillet, d'organisation sanitaire des îles Canaries.*

<sup>4</sup> Dans le système d'organisation sanitaire des îles Canaries, chaque zone représente une île de l'archipel canarien

secteurs sociétaux dans le débat public, ce qui constitue un phénomène inédit dans l'histoire du SCS.

Ainsi, inspirés du modèle de décentralisation brésilien, les responsables du SCS structurent depuis 1999 la participation aux décisions d'intérêt socio-sanitaire par le biais de la mise en place des conseils de santé. La participation citoyenne dans ces espaces est conçue comme un processus pédagogique et de contrôle social au sujet de la santé des populations. Dans les faits, les conseils de santé sont considérés aux îles Canaries comme des instances institutionnelles de formation d'opinion publique et de volonté politique et non comme des instruments de gouverne administrative du système de santé. Leur possibilité d'actualisation est axée dans la capacité réelle d'influence de l'agenda organisationnel de l'administration centrale du SCS, dans la mesure où ils servent d'intermédiaires entre l'opinion d'intérêt collectif et les décisions prises par les dirigeants responsables et les cadres gestionnaires des instances des paliers centraux et régionaux.

Dans ce contexte politico-administratif de décentralisation participative du SCS, l'Unité d'appui du SCS, organisme responsable de la coordination et de la mise en place des Conseils de santé depuis ses débuts en 1999, entame un processus d'implantation des Conseils de santé au niveau des zones territoriales de référence des centres de santé, les conseils de santé de zone (CSZ), que nous considérons comme CLS. Leur composition adopte le profil établi au sein de la gouverne participative du SUS au Brésil, c'est-à-dire qui garde la proportion paritaire entre les différents groupes intersectoriels concernés.

Cinq ans plus tard, le nombre des CLS fonctionnel reste très marginal au sein du SCS, ce qui a amené l'Unité d'appui du SCS à organiser en 2004 une analyse au sujet des difficultés dans la mise en œuvre et le fonctionnement des organismes de participation et de direction du SCS. Cette étude, complétée en mai 2005, comptait sur la participation des Directions de

toutes les zones d'interventions de l'archipel canarien, des Présidents des conseils de santé et des conseils de direction de zone, ainsi que des cadres gestionnaires des SSP et de la Direction de santé publique du SCS. Cette analyse participative donne lieu, par le biais de l'implantation effective des CLS, à un plan d'action pertinent fondé sur la décentralisation des SSP.

Ce plan d'action propose que les organismes de participation et de direction du SCS soient pris en considération, non comme des instruments externes de contrôle de l'administration sanitaire, mais plutôt comme des engrenages institutionnels de l'appareil gouvernemental responsables de l'identification et de la classification des problèmes et des besoins populationnels lors du processus de formulation des politiques de santé publique. Par conséquent, cette proposition, tel qu'elle a été formulée dans le Décret des îles Canaries n° 124/1999 du 17 juin sur la composition et le fonctionnement des Conseils de santé, renforce l'idée que ceux-ci sont de nouveaux espaces institutionnels d'action et d'intervention participatifs, ce qui implique de les accepter non comme de simples interventions ou programmes administratifs, mais comme des éléments clé du processus de réforme sanitaire, responsables de la modernisation et de la démocratisation de la gouverne du SCS.

En ce qui concerne le positionnement social des acteurs intersectoriels concernés, nous avons identifié plusieurs entités organisationnelles impliquées directement ou indirectement dans la gouverne du CLS à l'étude, dont le déploiement s'opère en trois paliers d'influence organisationnelle. L'entité du palier central est le Département de planification stratégique, de participation et de coopération internationale (DPSPCI), alors que l'Unité technique d'appui (UTA) à la Direction des SSP figure comme entité du palier régional. De même que dans le cas brésilien, ces acteurs n'ont pas de représentativité physique dans la composition du CLS, mais ils exercent une influence notable sur ses mécanismes de formalisation et de délégation explicite exogène. Ensuite, quant au palier local, il y a, d'une part, le Conseil de durabilité municipale (CDM) et,

d'autre part, les entités impliquées dans la gouverne du CLS. Ces entités sont le Centre de santé (CS) et la Ville de Gáldar qui représentent le secteur de l'administration publique, la pharmacie qui représente le secteur industriel, et finalement les associations territoriales locales (ATL) qui font partie des réseaux intersectoriels représentant le secteur de la société civile de la municipalité de Gáldar.

## ***2.1 Premier niveau d'influence : le palier central***

Le premier niveau d'influence organisationnelle est le palier central. Il est structuré au niveau de l'administration centrale du SCS des îles Canaries.

### **2.1.1 Le Département de planification stratégique, de participation et de coopération internationale (DPSPCI) du SCS**

Au niveau du palier central, le SCS est un organisme autonome de caractère administratif inscrit au Ministère de la santé du gouvernement de la CA des îles Canaries. Il est le responsable de la provision des services sanitaires, tant sur le plan thérapeutique que de la prévention et de la réhabilitation psychophysique. Le SCS est responsable notamment : 1) de la gestion des services sanitaires dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la santé publique du territoire canarien; 2) de l'administration, de la gestion, du contrôle et de l'inspection des institutions, des centres de santé et des tous les services sanitaires d'ordre public; 3) de la gestion des ressources financières, matérielles et humaines attribuées pour la mise en place de ses fonctions; 4) de l'adoption de mesures préventives et de protection de la santé en cas de risque imminent pour la santé et le bien-être des populations et 5) de la mise en place et, le cas échéant, de la coordination des programmes de recherche et d'enseignement.

Pour sa part, le DPSPCI se doit d'appuyer la Direction du SCS dans les fonctions de régulation institutionnelle au sujet de la planification

stratégique, de la participation et de la coopération internationale. Il est l'organisme instigateur du processus d'implantation des conseils de santé aux îles Canaries. Il assume, entre autres, l'élaboration et l'actualisation des orientations du plan stratégique de santé 2004-2008 des îles Canaries en vue de l'amélioration et de la promotion de la santé et du bien-être des populations.

Ainsi, pour le DPSPCI, les enjeux associés au processus d'implantation des CLS seront de défendre auprès du SCS la pertinence du rôle des CLS dans le processus de mise en place du plan stratégique de santé 2004-2008. Le rôle du cadre gestionnaire du DPSPCI est de maintenir les acquis par rapport au plan stratégique de santé précédent ainsi que de renforcer le contrôle social du SCS de manière à atteindre l'ensemble d'objectifs visés en matière de décentralisation territoriale et participative des SSP.

## ***2.2 Deuxième niveau d'influence : le palier régional***

Le deuxième niveau d'influence organisationnelle est le palier régional. Il est structuré au niveau de l'administration régionale de l'UTA de la Direction des SSP.

### **2.2.1 L'Unité technique d'appui (UTA) à la Direction des SSP**

Au niveau régional, la Direction des SSP est le premier niveau d'accès des citoyens au SCS. Parmi ses fonctions essentielles, on peut distinguer les soins de santé de première ligne, c'est-à-dire la prévention, la thérapie et la réhabilitation psychosociale. Elle est aussi responsable de la promotion de la santé et de l'éducation en matière de santé et des services sociaux ainsi que de la surveillance épidémiologique du territoire canarien.

Pour sa part, l'UTA est l'organisme responsable de produire et de transférer à la Direction des SSP les informations et les connaissances nécessaires pour faciliter la prise de décisions au sujet des politiques de décentralisation

participative des SSP. Le principal objet de l'UTA est de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer les programmes de SSP mis en place par le Ministère de santé et adoptés par la Direction des SSP. Ayant comme mission de planifier les services sociosanitaires de première ligne, l'UTA développe son propre mode d'organisation pour tenir compte des caractéristiques de sa population, de sa situation géographique, socioéconomique et culturelle ainsi que des établissements de santé et des services sociaux se trouvant sur son territoire.

En relation avec l'implantation des CLS, l'un des enjeux de l'UTA sera la promotion des perspectives du plan stratégique de santé 2004-2008 des îles Canaries au sujet de la décentralisation participative des SSP tout en préconisant d'agir en amont des problèmes de sociaux et de santé. À cet égard, mentionnons aussi l'enjeu stratégique dont fait preuve l'UTA qui adopte une planification régionale en vertu des déterminants sociaux et culturels de la santé, par milieux de vie, plutôt qu'une planification par problème et par population cible, ainsi qu'une politique proactive d'implantation des CLS au niveau des zones territoriales de référence des centres de santé.

### ***2.3. Troisième niveau d'influence : le palier local***

Le troisième niveau d'influence organisationnelle est le palier local. Il est structuré au niveau de la gouverne des CS, de l'administration publique locale et du réseautage régional et local des organismes communautaires.

#### **2.3.1 Le Conseil de durabilité municipal (CDM)**

Sur le plan local, mais avec une projection régionale, le CDM est une structure municipale de fonctionnement démocratique qui poursuit la finalité de promouvoir un processus de réflexion, de débat et de responsabilisation conjoint entre les entités de l'administration publique et la citoyenneté au sujet des aspects quotidiens de la ville. Il s'est constitué comme un organisme de participation citoyenne de référence dans la municipalité à propos du



développement durable et de l'amélioration de la qualité de vie des citoyens/nes de la Ville de Gáldar.

L'une des fonctions du CDM est celle de proposer et de promouvoir l'Agenda local 21 (Al21) comme méthode participative de planification des politiques municipales orientées vers le développement durable. Ce forum citoyen est de nature consultative et délibérative à propos des aspects de la municipalité et comprend la notion de durabilité comme un modèle de développement socioéconomique compatible avec la conservation des ressources naturelles et le bien-être social de la municipalité de Gáldar et de ses habitants/es.

Parmi les nombreux enjeux du CDM en lien avec le processus d'implantation des CLS, nous pouvons mentionner : 1) la convergence du projet d'Al21 avec le programme de territorialisation du SCS, implanté dans le cadre des politiques de décentralisation des SSP; 2) la mise en place d'un diagnostic communautaire participatif sur la qualité de vie et la santé publique dans la municipalité de Gáldar; 3) le maintien de l'équilibre entre environnement, santé publique et développement; 4) l'implication permanente des différents acteurs intersectoriels de la municipalité, dont ceux du domaine de la santé; 5) la mise en place d'un système de gestion efficace, transparent, proche et participatif et 6) le développement d'un système local de santé effectif et humain.

### 2.3.2 Le Centre de santé (CS)

Sur le plan local, les CS sont des espaces d'assistance sociosanitaire de première ligne en matière de santé publique et de SSP. Les CS disposent d'un service de réception et d'accueil aux citoyens/nes qui essaie de répondre aux demandes concrètes de la population tant sur le plan administratif que concernant la distribution de la clientèle vers les différents spécialistes qui forment l'équipe professionnelle du CS.

Quant aux finalités des différents champs de pratique du CS de la municipalité de Gáldar en lien avec la gouverne du CLS, le cadre gestionnaire a pour but d'organiser, par les moyens assignés à son secteur d'activité, la planification des activités de santé publique et de promotion de la santé ainsi que de coordonner le travail de l'équipe professionnelle du CS. Cette équipe vise l'amélioration, par une approche pluridisciplinaire, de l'état de santé et de la qualité de vie de la communauté de leur région, tout en favorisant une utilisation plus efficace des ressources et une plus grande satisfaction de la part des usagers du CS.

Pour le CS, plusieurs enjeux sont à considérer. La mise en place du CLS demande : 1) de renforcer le virage vers l'interdisciplinarité commencé il y a deux décennies; 2) de coordonner les activités sociosanitaires du CS avec celles organisées par le CLS et 3) de favoriser dorénavant les collaborations et les partenariats avec les acteurs intersectoriels, notamment la Ville de Gáldar et les ATL. Les intérêts du cadre gestionnaire et des professionnels de la santé du CS en lien avec le processus d'implantation du CLS présentent une double visée : 1) bénéficier d'un rehaussement des ressources destinées à leur CS pour la conduite des activités reliées au fonctionnement du CLS et 2) saisir l'opportunité offerte par le CLS de rejoindre des partenaires aux niveaux régional et central.

### 2.3.3 La Ville de Gáldar

L'intérêt de la Ville de Gáldar, représentée localement dans le CLS par deux instances municipales politiquement opposées, réside dans sa responsabilité d'implantation des programmes municipaux de santé publique et de surveillance épidémiologique. La Ville de Gáldar a formalisé la mise en place du « Règlement de participation citoyenne », par lequel elle vise la création de nouvelles voies d'engagement civique aux décisions d'intérêt commun dans les affaires de la gestion publique. Elle conçoit la participation citoyenne comme un instrument de développement de la ville comme « École de démocratie ».

Pour la Ville de Gáldar, l'enjeu fondamental est le développement d'une nouvelle forme de citoyenneté et de vie associative tout en privilégiant un modèle de participation qui renforce non seulement l'engagement des groupes organisés, mais aussi l'implication des citoyens/nes individuels capables d'influencer la prise de décisions de l'Administration publique. L'intérêt central de la Ville de Gáldar est de favoriser l'implication active et réflexive de la population dans les programmes de développement durable de la municipalité orientés vers le bien-être individuel et collectif des populations.

#### 2.3.4 La pharmacie

La finalité centrale de la pharmacie est l'entreposage et la dispensation de médicaments prescrits par les équipes professionnelles du système de santé. La dispensation des médicaments dans une officine de pharmacie se fait sous l'entière responsabilité d'un pharmacien, que ce soient des médicaments délivrés sur prescription ou non. Ce pharmacien représente au sein du CLS de Gáldar les intérêts du secteur industriel pharmaceutique.

Au sein de l'officine, le pharmacien peut également faire le suivi de la médication du patient, adapter les posologies, renouveler les traitements des pathologies chroniques et proposer des modifications de traitement thérapeutique en accord avec le médecin. Un dialogue entre ces deux professionnels de la santé est essentiel dans le processus de décentralisation des SSP, ce qui représente l'enjeu principal idéal de cet acteur et sont intérêt à participer au processus d'implantation du CLS.

#### 2.3.5 Les Associations territoriales locales (ATL)

Finalement, les collectifs communautaires des ATL représentent les intérêts et les besoins en matière de services sociaux et de la santé des divers secteurs de la société civile populaire. Ces associations tirent leur financement de subventions gouvernementales (70 %) et de l'autofinancement (30 %) mais présentent entre elles des écarts importants de revenus. Plus précisément on

trouve dans le CLS à l'étude plusieurs associations œuvrant dans le domaine de certaines maladies aiguës ou chroniques, des associations de voisins de la région, ou encore des organismes travaillant auprès du développement socioculturel de la région.

En lien avec l'implantation des CLS, l'un des enjeux sera l'accessibilité aux ressources municipales, via le CS, en lien avec les activités conduites en matière de santé et des services sociaux. Étant donné le rôle important qu'elles jouent par rapport au développement social et culturel de la région, les ATL veulent faciliter l'accès de leur clientèle aux services offerts par le CS, la Ville et la pharmacie. Il s'agit également de défendre les intérêts de leur clientèle, notamment au plan des soins de santé primaires. Par ailleurs, elles sont également intéressées à maintenir ou à accroître leur financement de base. Elles doivent, devant les arrimages proposés par le CLS, respecter leur mission et tenir compte du réseautage intersectoriel mis en place par le CDM au niveau régional.

## QUATRIÈME PARTIE – OPÉRATIONNALISATION DE L'ÉTUDE

Cette section du projet rend compte de la pratique du chercheur dans les milieux de recherche qu'il a privilégiés. Elle présente en détails le déroulement de la démarche empirique de cette étude, qui est considérée comme un processus de *traduction organisationnelle de connaissances* (TOC). De cette façon, pour mieux gérer les problèmes inhérents aux enjeux de l'engagement des groupes d'acteurs impliqués dans ce projet de recherche, nous proposons un processus de TOC en trois étapes : (1) premièrement, l'initiation de l'étude ou création des comités épistémiques participatifs (CÉP); (2) ensuite, la préparation de l'étude ou configuration des réseaux sociotechniques (RST) et (3) la mise en œuvre de l'étude ou transition critique des connaissances (TCC).

Le chapitre huit décrit les opérations relatives à l'initiation de l'étude. Conscient de l'importance de créer un espace commun et durable d'appui à ses opérations, le chercheur principal de cette étude a créé, dans les milieux locaux de recherche, les CÉP. Ces comités ont joué un rôle essentiel dans l'opérationnalisation des démarches empiriques de ce projet, telles que l'appréciation de l'évaluabilité et le choix des cas-intervention à l'étude. Les CÉP offrent le milieu idéal pour une production et un transfert plus dynamiques des connaissances tout en créant les conditions nécessaires pour les utiliser en fonction des intérêts des acteurs concernés.

Ensuite, le chapitre neuf retrace les opérations relatives à la préparation de l'étude. Le chercheur s'inspire des éléments de la théorie de la traduction (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986) pour configurer les réseaux sociotechniques nécessaires pour traduire les différentes logiques d'action intersectorielle inhérentes aux milieux locaux de recherche. Ceci a permis de mobiliser les acteurs concernés vers un processus plus dynamique et participatif de production, d'analyse et de synthèse de données ainsi que de transfert et d'utilisation des connaissances.

Enfin, le chapitre 10 rend compte des opérations relatives à la mise en œuvre du processus de transition critique des connaissances (TCC). Ce processus se déroule en trois étapes, à savoir, la production de données, le raisonnement pratique et l'utilisation des connaissances. La TCC est un processus essentiel de ce projet de recherche qui implique la transformation itérative des données recueillies en des connaissances collectivement produites et des actions politiquement articulées.

## CHAPITRE 8 – INITIATION DE L'ÉTUDE : CRÉATION DES COMITÉS ÉPISTÉMIQUES PARTICIPATIVES (CÉP)

La nature internationale de l'approche comparative de cette étude propose une démarche spécifique qui se déroule au niveau local mais qui renvoie à des enjeux d'ordre organisationnel, épistémologique et éthique plus généraux. Ici, la création des CÉP a rendu possible un alignement raisonnable entre une vision panoramique et l'observation locale du phénomène participatif (Suarez-Herrera, 2008).

Ayant des principes épistémologiques similaires à ceux des communautés de pratique (Lave & Wenger, 1991; Wenger, McDermott, & Snyder, 2002) et constitués par un réseau local d'acteurs intersectoriels qui partagent certains principes, les CÉP renforcent l'approche participative de cette étude tout en combinant la recherche, l'apprentissage et l'innovation (Haas, 1992; Miller & Fox, 2001; Swan, Scarbrough, & Robertson, 2002). Les CÉP offrent le milieu idéal pour une production et un transfert plus dynamiques des connaissances tout en créant les conditions nécessaires pour les utiliser en fonction des intérêts des acteurs concernés (Abma, 2007; Kuhn, 2002).

Cela dit, notre première stratégie était axée sur la création de deux CÉP, l'un à Salvador de Bahia (Brésil) et l'autre aux îles Canaries (Espagne). À partir de sa phase initiale, cette étude se déroule en partenariat avec les contreparties académiques et institutionnelles configurant la composition des CÉP. L'idée centrale est de renforcer chez les membres de ces comités le développement de relations de confiance et, grâce à cela, l'émergence d'un sentiment d'appartenance et d'engagement mutuel au sein de cette étude. Chaque comité est composé de trois membres procédant des différents secteurs du milieu de recherche et connaissant bien la situation relative à notre phénomène à l'étude. L'un des membres représente le cadre de gestionnaires du palier central du système de santé, un deuxième membre travaille à l'unité technique des SSP, et

un troisième membre vient du corps académique universitaire. Le tableau 5 montre la composition des deux CÉP en fonction de leur secteur de référence.

Secteurs	Salvador de Bahia	Îles Canaries
<i>Cadre de gestionnaires</i>	<b>Coordenaria de Gestão Participativa</b> <i>Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Salvador de Bahia</i>	<b>Unidad de Apoyo del Servicio Canario de Salud (SCS)</b> <i>Servicio Canario de Salud (SCS)</i>
<i>Unité technique</i>	<b>Coordenadoria de Assessoria Técnica</b> <i>Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Salvador de Bahia</i>	<b>Área Técnica</b> <i>Gerencia de Atención Primaria de Salud (APS)</i>
<i>Corps académique</i>	<b>Instituto de Saúde Coletiva (ISC)</b> <i>Universidade Federal de Bahia (UFBA)</i>	<b>Unidad Docente</b> <i>Gerencia de Atención Primaria de Salud (APS)</i>

**Tableau 5** Composition des CÉP

Ces CÉP assument la planification stratégique et situationnelle du déroulement de cette recherche ainsi qu'un rôle central en tant que Comité éthique de recherche (CÉR) de cette étude. Les membres de ces comités ont une connaissance accrue du contexte organisationnel dans lequel s'intègre notre phénomène à l'étude. Ils sont donc garants des dynamiques de coordination inhérentes à toute démarche participative ainsi que de la légitimation des connaissances collectivement produites.

Deux démarches essentielles ont été accomplies en partenariat avec les membres du CÉP : (1) l'appréciation de l'évaluabilité, et (2) le choix des cas-intervention à l'étude.

D'abord, nous avons entamé un processus d'« appréciation sociotechnique de l'évaluabilité » (ASTÉ). L'objet de ce processus était d'identifier l'ensemble des CLS qui étaient fonctionnels au moment de la présence du chercheur sur le terrain, et d'analyser par la suite le degré de



plausibilité et la faisabilité évaluative de chaque CLS. Nous avons pris en considération les finalités formative et transformative de ce projet de recherche-action quant à sa contribution relative au changement organisationnel inhérent au processus de réforme du système de santé (Suarez-Herrera, Springett, et al., 2009; Thurston, Graham, & Hatfield, 2003). Tout en nous inspirant de la démarche suggérée par plusieurs auteurs (Thurston & Potvin, 2003; Trevisan, 2007; Wholey, 1982) nous avons développé un processus d'ASTÉ en 5 étapes séquentielles qui délimitent le phénomène étudié en fonction des perspectives des membres du CÉP ainsi que des acteurs concernés des paliers centraux et régionaux :

- D'emblée, nous avons circonscrit et révisé les sections essentielles de l'étude, telles que la formulation de la situation-problème, la question de recherche et les lignes de réflexion complémentaires, la spécification des finalités ainsi que les éléments centraux de notre modèle conceptuel, le MTO. Ici, nous avons discuté sur la notion de cas-intervention et centré nos intérêts sur le processus d'implantation des CLS dans le cadre du projet de réorganisation démocratique de leur système de santé.
- Ensuite nous avons entamé une première recherche documentaire au sujet de la logique technique des cas-intervention et de leur situation actuelle dans le contexte organisationnel de décentralisation des SSP. Il s'agit ici de rassembler toute sorte de renseignements relatifs à la philosophie sous-jacente au processus de mise en place des CLS à partir des sources documentaires pertinentes. Étant impliqués eux-mêmes dans le processus d'implantation des CLS, les membres du CÉP avaient accès à une quantité considérable de renseignements très pertinents au sujet du phénomène à l'étude et des facteurs influents du contexte organisationnel de référence.
- Ces renseignements nous ont permis de développer la représentation générale des cas-intervention à l'étude sous forme de modèle logique. Ce modèle

logique offre une approximation initiale de la structure symbolique, juridique et physique des CLS, de leurs processus en termes d'activités et de services, et finalement des finalités prévues à court, moyen et long termes. Avec l'environnement organisationnel, ceci a facilité la mise en relation mutuelle de toutes les composantes des cas-intervention susceptibles d'intérêt de la part des acteurs concernés.

- Ultérieurement, nous avons déterminé dans quelle mesure l'explicitation des cas-intervention à l'étude qui représente le modèle logique est suffisamment claire pour que le projet de recherche évaluative ait des chances d'être accepté par un grand nombre d'acteurs concernés. Étant donné sa nature participative, nous avons également examiné les possibilités d'utilisation non seulement des résultats de cette étude, mais aussi du processus évaluatif en soi (Amo & Cousins, 2007).
- Finalement, nous avons réalisé une série de présentations stratégiques aux cadres gestionnaires et aux représentants de l'administration sanitaire des paliers centraux et régionaux du secteur relatif à la gouverne des SSP. L'objet de cette étape était de les informer de l'état de lieu de l'ASTÉ ainsi que de leur montrer les éléments essentiels du projet de recherche évaluative afin de faire les modifications pertinentes et de négocier la mise en place des prochaines étapes de l'étude.

Par la suite, les membres du CÉP ont procédé au *choix des cas-intervention à l'étude*. Ce projet prévoit l'étude du processus d'intégration des PP dans la gouverne de deux CLS implantés dans le cadre des politiques de décentralisation de deux systèmes de santé différents, soit la SMS de Salvador de Bahia (Brésil) et le SCS des îles Canaries (Espagne). Ces deux systèmes de santé sont reconnus pour avoir établi un processus de réorganisation participative des SSP axé sur la création des espaces d'action et d'intervention participatifs constitués par les CLS. Le processus d'implantation des CLS était en cours au

moment de l'arrivée du chercheur dans le milieu de recherche, ce qui justifie le nombre restreint des CLS formalisés à cette époque.

L'exercice d'ASTÉ nous a permis d'identifier trois CLS potentiellement évaluables dans chaque milieu de recherche. Nous avons donc organisé *in situ* une séance de présentation du projet de recherche aux cadres gestionnaires et aux secrétaires responsables de la gouverne de chaque CLS, ceux-ci étant situés dans trois régions administratives différentes. À Salvador de Bahia, les trois gestionnaires auraient été très intéressés à participer à la mise en place du projet de recherche. Pourtant, seulement l'un de ces trois CLS avait été formalisé légalement dans le cadre du processus de décentralisation mis en place par la SMS. Ceci a été un facteur décisif à l'heure de choisir le cas-intervention du milieu de recherche brésilien, dont le gestionnaire et la secrétaire du CLS se sont montrés diligemment coopératifs lors de toutes les étapes du processus évaluatif.

Quant aux CLS des îles Canaries, le choix du cas-intervention n'a pas non plus présenté des embarras exceptionnels. L'un des gestionnaires nous a manifesté la difficulté que représentait son implication à l'égard du projet de recherche car il était prévu un processus de restructuration des équipes professionnelles qui allait changer sous peu la composition et les dynamiques du CLS. Les deux autres CLS avaient comme président la même personne, un cadre gestionnaire qui était l'instigateur principal, au niveau du palier local, du processus d'implantation des CLS. Dès le début cette personne s'est montrée vivement intéressée par nos démarches évaluatives en voulant coopérer dans toutes les étapes de l'étude. Des deux CLS qu'elle coordonnait, l'un avait été mis en place tout récemment et n'était pas encore formalisé, tandis que l'autre avait un parcours historique plus ample. Ceci a été le facteur décisif du choix de ce dernier cas-intervention aux îles Canaries.

## CHAPITRE 9 – PRÉPARATION DE L'ÉTUDE : CONFIGURATION DES RÉSEAUX SOCIOTECHNIQUES

Un des enjeux essentiels du rôle du chercheur dans le domaine de la recherche-action lors du déroulement de l'étude consiste à créer un langage commun entre les acteurs concernés, car le langage scientifique peut résulter en une source de résistance (Suarez-Herrera, 2008). La mise en place d'un langage commun et intelligible dans chaque milieu de recherche contribue non seulement à éviter les malentendus linguistiques mais surtout à favoriser la construction d'un projet collectif plus ou moins innovateur qui vise la mobilisation des acteurs intersectoriels concernés autour de ce projet.

Dans ce sens, nous voyons la pratique du chercheur comme un processus stratégique de « traduction » (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986), par lequel le chercheur est censé traduire les différentes logiques d'action intersectorielle ainsi que les rationalités individuelles, faire des alliances et des arrangements de partenariat, enrôler des acteurs et identifier les porte-paroles des actions intersectorielles inhérentes au projet de recherche.

Ainsi, il importait dans l'étape de préparation de cette étude de configurer les réseaux sociotechniques (RST) relatifs aux deux cas-intervention choisis. Nous nous inspirons des quatre moments de la théorie de la traduction pour dynamiser les acteurs concernés et traduire notre projet de recherche en tant que projet d'action et d'intervention collectif. Tel que nous l'avons mentionné dans la section d'opérationnalisation de notre modèle conceptuel, ces moments se chevauchent mutuellement dans la configuration des réseaux sociotechniques et l'élaboration des stratégies innovatrices :

- D'abord, nous avons entamé un processus de *problématisation* du projet de recherche. En accord avec le gestionnaire et le secrétaire exécutif de chaque cas-intervention, nous avons organisé une séance de présentation de notre projet au sein de leur conseil d'administration. Ceci nous a permis d'identifier

le positionnement des acteurs (les entités organisationnelles et leurs porte-paroles) impliqués dans la gouverne des CLS à l'étude. Lors de ces séances, nous avons présenté les différentes sections de notre projet en prenant compte des éléments aussi bien sociaux que techniques afin de parvenir à une formulation provisoire de la situation-problème : le 'point de passage obligé' qui était axé sur la compréhension du processus d'intégration organisationnelle des PP dans les espaces d'action et d'intervention participatifs constitués par les CLS.

- Ensuite nous avons déployé nos stratégies d'*intéressement*, en vue de rallier les acteurs concernés autour du déroulement du projet de recherche. Il s'agit ici d'identifier les attentes que ces acteurs pourraient avoir au sujet de notre projet évaluatif, ainsi que d'établir des priorités et des voies d'action collective en fonction de leurs intérêts. Ceci a rendu cette étude plus intéressante aux yeux des acteurs concernés qui se sont inscrits comme partenaires du projet évaluatif, lequel a été accepté à l'unanimité. Il a été plutôt question d'un échantillonnage délibéré et raisonné visant à inclure des acteurs possédant une diversité de perspectives au sujet de la gouverne des CLS ainsi que leur potentiel pour contribuer au projet de recherche de manière significative. Dans cette étape, nous avons souligné l'importance de bien établir les critères et de décrire en détails le processus de sélection des partenaires. Les critères et le processus de sélection de partenaires de cette étude peuvent être consultés dans l'annexe 2 de ce document.
  
- Nous avons alors organisé l'*enrôlement*, c'est-à-dire, le processus de négociation orienté vers la redéfinition des rôles au sujet de notre projet de recherche. Le groupe d'acteurs intéressés a formalisé son engagement dans les différentes étapes du projet de recherche évaluative en tant qu'informateurs clés, principaux ou secondaires. Nous avons recruté la totalité des membres titulaires de chaque CLS et quelques remplaçants qui étaient titulaires à un moment donné. Dès lors, nous avons graduellement développé des liens de

collaboration personnelle et professionnelle avec les acteurs recrutés, ce qui a renforcé leur sentiment d'appropriation par rapport au projet de recherche évaluative. Le processus détaillé d'enrôlement peut être consulté dans l'annexe 3 de ce document. Pour ce qui est du rôle du chercheur, nous avons négocié entre autres le rythme et les modalités d'échange entre les parties prenantes, ainsi que les moments de transfert et d'utilisation des connaissances produites.

- Enfin, la *mobilisation* concerne la sélection et confirmation du porte-parole qui allait jouer le rôle d'interlocuteur entre le chercheur et les partenaires de l'étude. Dans les deux cas-intervention ce rôle a été assumé par le secrétaire exécutif du CLS, qui était le travailleur social du centre de santé de référence. Étant donné le consentement libre et éclairé de tous les acteurs concernés pour participer à notre projet de recherche, les secrétaires et porte-paroles des deux cas-intervention nous ont facilité l'accès à tous les renseignements disponibles relatifs à leur CLS. Ils nous ont aussi facilité l'accès aux coordonnées de tous les acteurs-partenaires concernés afin d'organiser une mobilisation effective vers l'étape suivante de l'étude, celle de la production de données empiriques.

Comme résultat de ces mouvements de traduction, les porte-paroles des deux CLS se sont inscrits comme membres formels des CÉP de chaque milieu de recherche. Les CÉP avaient désormais trois types de représentation organisationnelle : institutionnelle, académique et communautaire. Ceci nous donnait une compréhension profonde du milieu de recherche fondée sur des connaissances localement produites, ce qui renforçait l'équilibre des rapports de pouvoir avec des règles de jeu locales. Il s'agit bien de mettre en place un processus de traduction clair et transparent de notre projet de recherche qui renforce la mobilisation libre et éclairée des acteurs concernés. Ceci nous permet d'agir avec succès et tout en empêchant l'adaptation unilatérale des processus organisationnels par rapport aux contraintes de l'environnement : c'est un mécanisme d'échange et d'influence mutuel qui compte sur la participation tacite

et explicite des acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des CLS à l'étude.

## CHAPITRE 10 – MISE EN ŒUVRE DE L'ÉTUDE : TRANSITION CRITIQUE DES CONNAISSANCES

La mise en œuvre de cette étude rend explicite le processus que nous appelons de *transition critique des connaissances* (TCC), par le biais duquel le chercheur rend possible la relation épistémologique entre les critères et sous-critères de notre modèle conceptuel (le MTO), les données collectivement produites lors de notre travail empirique et les connaissances utilisées par les acteurs concernés.

La TCC est un processus essentiel de ce projet de recherche qui implique la transformation itérative des données recueillies en des connaissances collectivement produites et des actions politiquement articulées. Il est critique en ce que le chercheur doit être capable de trouver un sens aux données collectées afin de démontrer comment ces données répondent à la question de recherche progressivement formulée par le chercheur. La démarche épistémologique qui rend possible ce processus de transformation critique est le *raisonnement pratique*. Ce type de raisonnement guide le chercheur dans des arrangements mutuels entre la question de recherche, les concepts du MTO et les données produites afin d'aboutir à la formulation d'hypothèses précises et propres aux systèmes d'action étudiés.

Ce chapitre présente dans un premier temps, les opérations relatives à la *production de données*, qui correspondent à la collecte et à la gestion des données. La diversité des techniques de collecte de données enrichit la qualité du projet de recherche, mais représente un enjeu considérable pour le chercheur qui, devant un tel volume d'informations, peut se servir de l'aide des logiciels de gestion de données. Ces logiciels lui faciliteront la tâche toujours ardue mais nécessaire de codage des données afin de donner un sens plus ou moins raisonnable aux démarches analytiques.



De façon concomitante aux opérations de collecte et de gestion de données, le chercheur entame un processus de *raisonnement pratique* facilité par la relation dialectique entre les dimensions et les critères du modèle conceptuel de cette étude et les données disponibles. C'est vraiment le nœud critique de la TCC. Bien que la question de recherche balise la collecte de données et les résultats possibles, il arrive que des catégories émergentes s'imposent et que l'objet de la recherche se transforme considérablement pendant les étapes de collecte et d'analyse de données (Deslauriers & Kérisit, 1997). Le raisonnement pratique permet au chercheur d'opérationnaliser les concepts du MTO et de mettre en place des procédures d'analyse stratégique et de synthèse systémique orientées vers la formulation d'hypothèses explicatives qui rendent compte des données produites sur les comportements participatifs des acteurs concernés.

Finalement, inspirés du modèle de Nonaka (1994), nous entamons un programme international de transfert et d'*utilisation des connaissances* produites axé sur la socialisation et le partage de ces connaissances collectives ainsi que sur la combinaison et l'appropriation des actions intersectorielles qui en découlent.

### **1. La production de données**

Le point d'ancrage théorique nous guidant dans la production de données correspond aux dimensions relationnelle et structurelle des trois étapes de notre modèle conceptuel, le MTO. Les trois étapes de notre modèle sont : (1) la configuration du réseau sociotechnique, (2) l'établissement des dynamiques participatives, et (3) la constitution du système complexe d'action et d'intervention participatif. Nous avons donc guidé la production de données de cette étude autour de ce point d'ancrage que nous avons pris comme point de départ, tout en laissant la place à l'émergence de nouvelles dimensions du phénomène à l'étude pouvant nous amener à la densification de la structure du MTO.

Le point d’ancrage pratique se situe à deux paliers d’influence. D’une part, au niveau des milieux de recherche de l’étude – palier central-régional –, soit la SMS de Salvador de Bahia, au Brésil, et le SCS des îles Canaries, en Espagne. D’autre part, au niveau des cas-intervention de l’étude – palier local –, soit la gouverne du CLS de Salvador de Bahia et celle du CLS des îles Canaries. La production de données sur le terrain a eu lieu entre 2006 et 2008 pour un total de douze mois, s’appuyant sur la séquence temporelle suivante pour chaque milieu de recherche : quatre mois en 2006, un mois en 2007, et un mois en 2008. Le tableau 6 montre les temps de présence du chercheur principal dans les milieux de recherche à Salvador de Bahia et aux îles Canaries.

Milieu de recherche	2006	2007	2008
<i>Salvador de Bahia</i>	4 mois	1 mois	1 mois
<i>Îles Canaries</i>	4 mois	1 mois	1 mois

**Tableau 6:** Présence du chercheur dans le terrain

Afin de pouvoir appréhender non seulement les sous-dimensions relationnelles– relatives aux relations informelles d’appropriation –, mais aussi les sous-dimensions structurelles – relatives aux structures formelles d’encadrement – suggérées par notre modèle conceptuel, les données ont été collectées à deux niveaux d’influence organisationnelle dans les deux milieux de recherche, soit les paliers centraux-régionaux et régionaux-locaux de la SMS à Salvador de Bahia, au Brésil, et du SCS aux îles Canaries, en Espagne.

Un élément contraignant important à noter est que l’évolution du phénomène étudié a lieu aussi après l’étape prévue pour la production de données. Ici, les membres des CÉP locaux ont assumé le rôle d’observateurs du processus d’intégration des PP dans la gouverne des CLS *a posteriori*, c’est-à-dire lorsque la collecte des données a été terminée et que le chercheur principal s’est détaché du milieu de recherche. Tout en renforçant l’approche participative de cette étude, les

CÉP ont assuré une documentation continue sur les PP des acteurs concernés entre 2006 et 2008. Grâce à l'émergence des TICs, cette documentation a été accessible par le chercheur principal à tout moment, ce qui confère aux CÉP la catégorie de communautés de pratiques virtuelles (Dubé, Bourhis, & Jacob, 2005; Gannon-Leary & Fontainha, 2007; Suarez-Herrera, 2008; Vaast, 2004).

### *1.1 Collecte de données*

En règle générale, les approches qualitatives de la recherche font appel, pour la collecte des informations, à l'entrevue et à l'observation participante. Souhaitant vivement recueillir le maximum d'informations pertinentes au sujet du phénomène à l'étude, nous avons combiné ces techniques avec d'autres stratégies de collecte de données (Deslauriers & Kérisit, 1997). De cette façon, la présente étude a eu recours à des entrevues semi-structurées individuelles (Poupart, 1997), à l'observation en situation (Jaccoud & Mayer, 1997; Leininger & McFarland, 2002), aux groupes de discussion (D. Morgan, 1997), à l'analyse documentaire (Cellard, 1997) et aux notes de terrain (Jaccoud & Mayer, 1997). Cette combinaison de techniques de recherche, conduite intégralement par le chercheur principal de cette étude, a pour but de fournir une description riche et d'atteindre une compréhension approfondie du phénomène étudié, ce qui nous permettra à la fois de décrire et de rendre intelligible les processus d'intégration organisationnelle des PP qui s'opère entre les acteurs impliqués dans la gouverne des CLS.

#### 1.1.1. Entrevues semi-structurées individuelles

Des entrevues semi-structurées individuelles, d'une durée approximative d'une heure ou d'une heure trente ont été conduites en portugais, à Salvador de Bahia, et en espagnol, aux îles Canaries. Des questions semi-dirigées, de type descriptif et une combinaison de questions ouvertes et fermées ont été privilégiées. Les critères et sous-critères correspondant aux dimensions relationnelle et structurelle des trois étapes du MTO ont servi de point d'ancrage théorique pour l'élaboration d'un guide d'entretiens afin d'assurer la couverture

des principaux aspects à aborder. Ceci étant, le chercheur principal réorientait le contenu de chaque entrevue *in situ* en fonction du positionnement organisationnel de la personne interviewée ainsi que du déroulement de l'entrevue.

La logique de la collecte de données dans les entrevues a visé la *saturation empirique* et s'est arrêtée lorsqu'aucun élément nouveau n'est plus venu altérer la description du phénomène à l'étude. Nous avons réalisé un total de 70 entrevues distribuées de la façon suivante par année et milieu de recherche :

Milieu de recherche	2006	2007	2008	Total
<i>Salvador de Bahia</i>	20	10	5	35
<i>Îles Canaries</i>	20	10	5	35
<b>Total</b>	40	20	10	70

**Tableau 7:** Distribution des entrevues par année et milieu de recherche

Quant à la distribution des entrevues en fonction du palier d'influence, des 20 entrevues menées au palier local – avec des acteurs impliqués dans la gouverne des CLS –, 15 ont été conduites en 2006 et cinq en 2007. De plus, des 15 entrevues menées au palier central-régional – avec des acteurs impliqués dans la gouverne des services centraux et régionaux du système de santé –, cinq ont été conduites en 2006, cinq en 2007, et cinq autres en 2008.

Le tableau 8 montre la distribution des entrevues par palier d'influence, année et milieu de recherche :

<i>Milieu de recherche</i>	Palier local			Palier central-régional			<i>Total</i>
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
<b>Salvador de Bahia</b>	15	5	-	5	5	5	35
<b>Îles Canaries</b>	15	5	-	5	5	5	35
<b><i>Total</i></b>	30	10	-	10	10	10	70

**Tableau 8:** Distribution des entrevues par palier d'influence, année et milieu de recherche

Toutes les entrevues des années 2007 et 2008 ont été enregistrées avec le consentement signé des participants et transcrites intégralement par la suite. Parmi celles de 2006, nous avons transcrit vingt entrevues du palier local et dix du palier central-régional, ce qui donne un total de 60 entrevues transcrites et dix non-transcrites. Plusieurs transcriptions de chaque année et des deux paliers d'influence ont été retournées aux personnes interviewées pour leur permettre de réagir sur le contenu de leur entrevue.

Nous avons mis en place plusieurs stratégies dans le but d'amener les interviewés à collaborer, à se sentir en confiance et à l'aise au moment de l'entrevue (Poupart, 1997). D'abord, nous cherchions la coopération de la personne interviewée, non seulement par le biais de son consentement, mais également en lui demandant ce qu'elle pensait en cours d'entrevue. Pour ce faire, nous avons expliqué aux interlocuteurs la contribution que l'entrevue pourrait apporter par rapport aux intérêts qu'ils avaient manifestés durant la configuration du réseau sociotechnique. Ensuite, nous avons créé un environnement agréable et tenu compte des moments les plus propices pour que la personne interviewée se sente vraiment disponible, de manière à ce qu'elle ait suffisamment de temps pour s'exprimer. Nous avons même veillé à éliminer tous les éléments potentiellement contraignants, tels que la présence manifeste des instruments d'enregistrement ou

l'utilisation excessive du cahier de notes. Afin de gagner la confiance des interlocuteurs, nous avons garanti la neutralité de l'étude par rapport au contexte local ainsi que l'anonymat des personnes interviewées et la confidentialité des données produites lors des entrevues.

### 1.1.2 Observation en situation

L'observation en situation a permis de mieux comprendre les expériences vécues par les acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne du CLS. Les données privilégiées par le chercheur principal étaient organisées essentiellement autour des dispositions groupales de coopération entre les acteurs concernés ainsi que des facteurs influents de leur contexte organisationnel, ce qui correspond aux sous-dimensions relationnelle et structurelle de la deuxième étape du MTO, soit l'établissement des dynamiques collaboratives.

D'une part, le chercheur observait les différentes phases de leurs dynamiques groupales, à savoir l'identification de problèmes de santé, la mobilisation de ressources, le type de communication entre les acteurs concernés, le style de leadership, la réorganisation des sous-groupes et, enfin, le type de représentation des porte-paroles des entités organisationnelles représentées dans le CLS. D'autre part, le chercheur était spécialement sensible aux facteurs d'ordre techno-économique, politico-administratifs et socioculturels influençant l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS.

Ceci a exigé une implication très intense de la part du chercheur dans le milieu de recherche afin de recueillir suffisamment des données provenant des plusieurs secteurs sociétaux et des plusieurs paliers d'influence et être ainsi en mesure d'élaborer un cahier d'interprétations adéquates et plausibles (Jaccoud & Mayer, 1997). Les quatre phases du modèle d'observation-participation-réflexion (O-P-R) combinées proposées par Leininger et McFarland (2002) nous ont inspiré pour recueillir les données systématiquement et les contraster avec les éléments ressortis des entrevues :

- *L'observation active.* Elle consiste à observer le contexte global de la situation qui a trait aux transformations successives entre les acteurs, le contexte et le projet. Les membres des CÉP des deux milieux de recherche introduisaient le chercheur principal auprès des différents acteurs du palier central-régional impliqués dans les politiques de décentralisation des SSP. À Salvador de Bahia, trois rencontres du CMS ont été observées au niveau central-régional ainsi que trois rencontres du CLS et plusieurs activités organisées par les entités organisationnelles représentées dans le CLS au niveau local. Aux îles Canaries le chercheur a été présent lors de plusieurs événements associés au processus de décentralisation des SSP au niveau central-régional, et il a assisté à trois rencontres du CLS ainsi qu'à plusieurs événements organisés par les organismes locaux représentés dans le CLS.
- *L'observation avec participation limitée.* Le chercheur principal interagissait partiellement avec les acteurs impliqués dans la gouvernance des CLS à l'étude. La séance de présentation de notre projet de recherche au sein de leur conseil d'administration a permis au chercheur d'identifier le positionnement des acteurs impliqués dans la gouvernance des CLS à l'étude.
- *La participation active.* Les entretiens proprement dits ont été initiés au niveau individuel, ainsi que les groupes de discussion avec les acteurs concernés, tout en observant les relations et les interactions entre eux. Le chercheur principal a donné, dans les deux milieux locaux de recherche, un séminaire au sujet de la sécurité alimentaire et participait souvent aux activités organisées par les entités organisationnelles représentées dans le CLS. À Salvador de Bahia, sous demande du membre du CÉP représentant le corps académique, le chercheur principal a donné une conférence plénière à l'Instituto de saúde coletiva (ISC) de l'Universidade Federal da Bahia (UFBA) au sujet du rôle de la participation communautaire dans le processus de décentralisation du SUS. Aux îles Canaries, le chercheur principal a été invité en tant que conférencier principal pour donner une conférence lors de la

Xe rencontre du Programa de actividades comunitarias de APS (PACAP) organisé par le membre du CÉP représentant le corps académique.

- Finalement, l'*observation réflexion*. Cette étape était axée sur le regard réflexif du chercheur sur les expériences vécues dans le milieu de recherche, sur la pratique du chercheur et de l'évaluateur et également sur la confirmation des données produites auprès des acteurs intersectoriels impliqués dans le déroulement de cette étude. Ces réflexions font partie des notes réflexives de terrain que le chercheur annotait dans son journal de bord.

### 1.1.3 Groupes de discussion

L'essence des groupes de discussion est d'amener les participants à se situer et à réagir par rapport aux opinions et aux affirmations des autres, ce qui permet de compléter les informations apportées par les entrevues. En effet, c'est grâce à l'interaction créée au sein des groupes de discussion que chacun peut expliciter sa vision et son opinion dans son propre langage (D. Morgan, 1997). Deux séances de groupes de discussion, l'une en 2006 et l'autre en 2007, ont été organisées au palier local de chaque milieu de recherche avec les acteurs impliqués dans la gouverne du CLS. Pour favoriser l'échange et l'interaction égalitaires lors des séances groupales, le chercheur principal s'est inspiré des nouvelles techniques groupales participatives s'appuyant sur les principes de la démocratie délibérative, du dialogue public, de l'échange d'information, de l'analyse critique et de la confiance réflexive (Goven, 2006; Kerr, Cunningham-Burley, & Tutton, 2007; Rosen, 2006).

Le but de la première rencontre était de représenter la perception des acteurs concernés quant au degré de participation existant à ce moment-là dans la gouverne du CLS. Pour ce faire, nous avons fourni un premier cahier informatif afin d'orienter les participants par rapport aux éléments que nous allions travailler. Ces éléments étaient organisés essentiellement autour des aspects relatifs aux dispositions groupales de coopération entre les acteurs



concernés, ce qui correspond à la sous-dimension relationnelle de la deuxième étape du MTO.

Les participants ont d'abord travaillé en deux petites équipes organisées au hasard et sans l'aide de modérateurs, afin de favoriser la discussion ouverte et sans contraintes. Par la suite, ils ont discuté en session plénière en compagnie de leurs porte-paroles pour exposer les opinions de chaque équipe et mettre en lumière les points communs ainsi que leurs divergences. Finalement, nous avons représenté, par le biais de la technique du « webgramme », leurs perceptions au sujet des dispositions groupales de coopération existant entre les membres du CLS. Cette technique a été utilisée par plusieurs auteurs pour représenter visuellement les dimensions de processus relatives au degré de développement des capacités dans le domaine de la santé communautaire (Gibbon, Labonte, & Laverack, 2002; Laverack, 2006) ou bien relatives au degré de collaboration dans la recherche évaluative (Weaver & Cousins, 2004).

#### 1.1.4 Analyse documentaire

L'analyse documentaire est une source de données qui permet d'ajouter la dimension du temps à la compréhension de notre phénomène à l'étude. Grâce aux documents, on peut pratiquer une coupe longitudinale qui favorise l'observation du processus de maturation ou d'évolution de groupes, de connaissances, de comportements, de concepts, de pratiques, et ce, de leur genèse à nos jours (Cellard, 1997). Du point de vue méthodologique, l'analyse documentaire présente l'avantage d'éliminer, du moins partiellement, l'influence que pourrait exercer la présence et l'intervention du chercheur dans le milieu de recherche.

Selon Cellard (1997) la documentation, peu importe sa nature, est soit du domaine public – certaines archives gouvernementales, les dossiers administratifs, les rapports officiels, mais aussi des journaux, des revues, des publications internes, des annuaires ou des bulletins – soit du domaine privé –

certaines documents de nature politique, notariale ou juridique, les dossiers des entreprises, mais aussi les autobiographies, les journaux intimes ou les histoires de vie –. Ces documents peuvent être interprétés soit en les confrontant avec d'autres sources de données, soit avec d'autres documents de nature similaire.

Dans cette étude, l'analyse documentaire sert à corroborer ou non certaines informations en regard des dynamiques collaboratives relatives à la gouverne des CLS et des processus reliés aux politiques de décentralisation des SSP. Nous avons eu accès aux types de documents suivants : les comptes-rendus des conseils d'administration du CMS, les comptes-rendus des conseils d'administration du CLS, les rapports des conférences de santé organisées par les CMS et les CLS du district sanitaire, des dossiers officiels relatifs aux politiques régionales de décentralisation des SSP, le plan stratégique de santé du système de santé au niveau central, les nouvelles sur la santé et les services sociaux des journaux publics et les bulletins internes du système de santé.

Les comptes-rendus du CMS des deux milieux de recherche correspondent à la période 2005-2008. De leur côté, les comptes-rendus des deux CLS à l'étude ont été retracés depuis leur début, en 2003. Nous avons analysé les documents recueillis à la lumière des dimensions relationnelle et structurelle des trois étapes du MTO. Nous cherchions à comprendre, d'une part, quels étaient les acteurs impliqués, leur positionnement et leurs dynamiques collaboratives configurant leurs comportements participatifs et, d'autre part, quelle était la logique technique de la gouverne du CLS, ainsi que les facteurs du contexte influençant le phénomène étudié. Ceci nous a permis d'identifier, de décrire et de mettre en relation mutuelle des renseignements relatifs aux processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS des deux milieux de recherche. Dans ce sens, cette technique de collecte de données est un appui complémentaire aux autres.

### 1.1.5 Notes de terrain

Finalement, des notes descriptives, méthodologiques et conceptuelles ont été rédigées tout au long de cette étude dans le journal de bord du chercheur principal (Jaccoud & Mayer, 1997). Dans les notes descriptives, le chercheur fait état du travail de repérage sur les acteurs concernés et rend compte de façon plus ou moins exhaustive de la situation observée. Ces notes émergent principalement de l'observation en situation à partir laquelle le chercheur était la production de données. Chacune de ces notes indique la date, le lieu, le nom des personnes concernées et des activités, l'heure et la durée des observations.

Les notes méthodologiques se rapportent au déroulement concret des procédures de recherche et aux réflexions sur l'intégration sociale du chercheur principal dans le milieu de recherche. Dans ces notes le chercheur décrit les activités inhérentes à toutes les étapes de l'opérationnalisation de l'étude, dès la création du CÉP et la configuration des réseaux sociotechniques, à la production de données et l'utilisation de connaissances. Enfin, les notes théoriques ont appuyé le chercheur dans ses constructions herméneutiques autour de la situation observée ainsi que dans la densification et l'actualisation du MTO par rapport aux résultats empiriques de l'étude. Ces notes donnaient un sens et une cohérence à l'ensemble des observations empiriques et permettaient de faire des liens entre les différentes observations et les écrits portant sur le phénomène à l'étude. Elles ont d'abord été prises de façon chronologique, pour être ensuite analysées de façon synchronique en fonction de la disponibilité du chercheur.

### **1.2. Gestion des données**

La gestion de données recueillies a été appuyée par le logiciel de traitement de données qualitatives QDA Miner 3.0. Ce logiciel permet de coder des données textuelles et visuelles, d'annoter, d'extraire et de réviser des données et des documents codés. Il peut gérer des projets complexes comprenant un grand nombre de documents combinés à des informations numériques et catégorielles. QDA Miner 3.0. favorise une certaine proximité avec les données, tout en

permettant d'organiser les processus de CODIFICATION (sous la rubrique 'codage') et de rédaction de NOTES (sous la rubrique 'commentaires'). Le chercheur recourt plutôt à ce logiciel pour organiser la gestion des données nécessaire à l'analyse subséquente de leur contenu.

Le chercheur a codifié les documents à trois niveaux de profondeur, soit les codes proprement dits, les catégories et les thèmes. Cette hiérarchie de codage correspond exactement aux sous-critères, les critères et fondements conceptuels de notre modèle conceptuel, ce qui nous permet de faire le lien entre les données empiriques et le réseautage conceptuel du MTO. La liste des codes disponibles, connue sous le nom de LIVRE DE CODES, est affichée sous forme de structure arborescente, où les thèmes et les catégories sont des nœuds avec les codes qui leur sont associés. L'annexe 4 montre le livre de codes de notre projet de recherche.

Le bureau de QDA Miner est composé d'une barre de menu en haut et de quatre fenêtres. Les trois premières fenêtres sont situées du côté gauche de l'écran. Ces fenêtres sont, de haut en bas :

- La fenêtre CAS, qui contient la liste des cas (documents) disponibles dans le projet. Ces cas sont affichés comme une liste ou groupés sous la forme d'un arbre. Cette fenêtre est principalement utilisée pour parcourir les cas et sélectionner le cas sur lequel vous désirez travailler.
- La fenêtre VARIABLES, qui affiche et permet l'édition des valeurs pour n'importe laquelle des variables associées au cas sélectionné.
- La fenêtre CODES, située dans le coin inférieur gauche de l'écran, qui contient tous les codes actuellement définis dans le livre de codes.

- La grande fenêtre DOCUMENT du centre de l'écran est l'espace de travail principal. Cette fenêtre est utilisée pour visualiser et éditer les documents et assigner des codes aux segments de textes.
- Une section MARGE est située à la droite de cette fenêtre. Cette section est utilisée pour afficher les codes assignés aux segments de textes. Des crochets de couleur sont utilisés pour indiquer les limites physiques du segment codé. Cette section est utilisée pour réviser la codification, pour enlever ou modifier les codes assignés, et pour joindre des notes à n'importe lequel des segments codés.

La figure 6 montre les fenêtres du bureau de travail du logiciel QDA Miner 3.0.

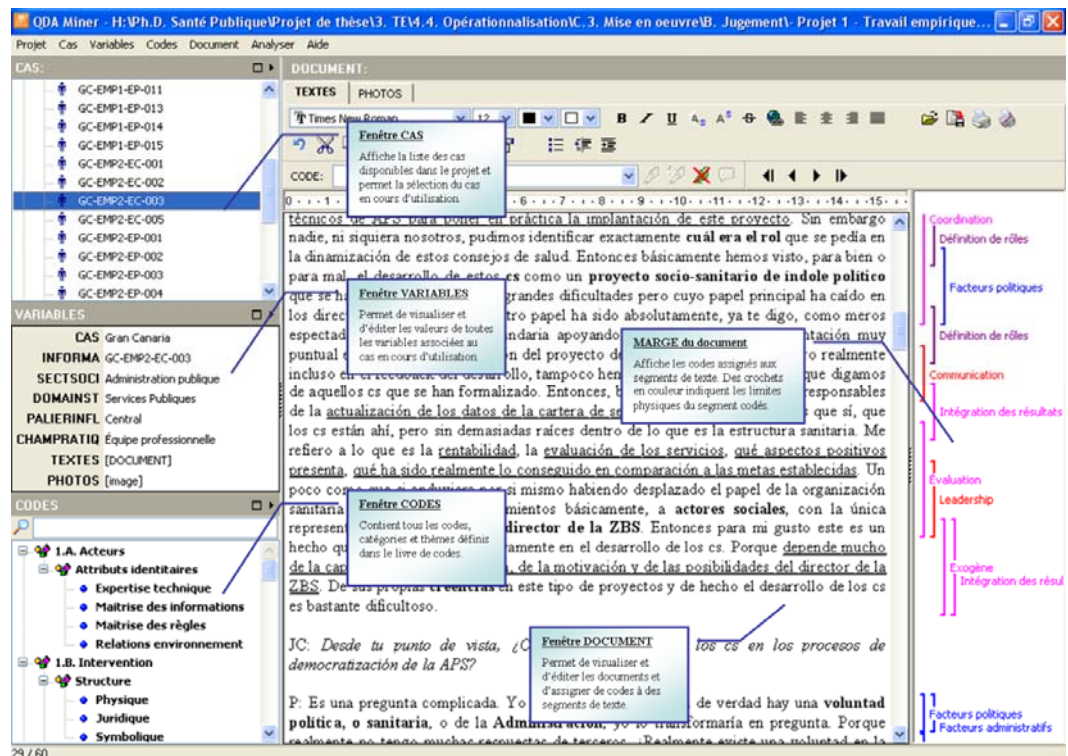


Figure 6 Bureau de travail du logiciel QDA Miner 3.0.

Le QDA Miner 3.0. permet aussi de créer un GESTIONNAIRE DES RAPPORTS. Le chercheur principal a utilisé le gestionnaire de rapports pour enregistrer, éditer et organiser les documents, les notes, les tableaux de segments assignés à des codes et les images codifiées produites par le logiciel. Finalement, le logiciel permet de créer un JOURNAL DES OPÉRATIONS, par le biais duquel le chercheur a gardé un historique des accès et des opérations effectuées (édition des livres de codes, édition des cas, transformation de variables, etc.). Des commentaires ont été également assignés à chacune des entrées du journal. Cette fonction a servi aussi à effectuer une vérification rétrospective des analyses effectuées par le passé, ou alors à défaire l'action de certaines opérations (déplacement d'un code, séparation d'un code, codage automatique, etc.).

## **2. Le raisonnement pratique**

Le raisonnement pratique traduit les principes théoriques de notre modèle conceptuel dans une démarche empirique d'analyse stratégique et de synthèse systémique. Ce type de raisonnement part des observations relatives à un contexte d'action particulier, et se réfère au cadre de l'analyse stratégique et systémique pour aller vers des formulations d'hypothèses explicatives de plus en plus concrètes. Il vise à reconstruire la règle du jeu singulière qui lie les acteurs de ce système d'action pour aboutir à une compréhension globale des comportements observés.

Dans cette étude, le raisonnement pratique a permis au chercheur de décrire, de mieux comprendre et de rendre intelligible les dimensions relationnelle et structurelle du processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS proposées par le modèle de la transition organisationnelle (MTO) :

- D'abord, la configuration du réseau sociotechnique, correspond au positionnement social des acteurs et à la logique technique de l'intervention;

- Ensuite, l'établissement des dynamiques collaboratives correspond aux dispositions groupales de coopération et aux facteurs influents du contexte;
- Enfin, la troisième étape, la constitution d'un système complexe d'action et d'intervention participatif, correspond aux rapports stratégiques de pouvoir et aux mécanismes systémiques de régulation.

Ces dimensions ont constitué en soi le repère théorique pour suivre une démarche empirique d'analyse stratégique et de synthèse systémique facilitant la mise en place d'un processus d'interprétation et de découverte très intense. À chaque étape du raisonnement pratique le chercheur a fait référence à ces dimensions tout en traduisant la perspective théorique sous-jacente à cette étude qui se transforme à la lumière des connaissances empiriques collectivement produites.

## ***2.1 Analyse stratégique***

L'analyse stratégique consiste à tenter de repérer les rapports stratégiques de pouvoir que les acteurs impliqués dans une situation donnée, privilégient dans la poursuite de leurs buts personnels. Pour comprendre les stratégies des acteurs, le chercheur a observé leurs comportements afin de comprendre comment chaque acteur définit le problème et mobilise les ressources disponibles dans son espace d'action pour parvenir à ses buts, de même que pour comprendre les enjeux de ses actions. À cette fin, le chercheur a suivi les différentes étapes de la démarche de raisonnement pratique proposées par Foudriat (2007) :

### 2.1.1 L'identification des comportements à expliquer

Une fois constitué le réseau sociotechnique des milieux locaux de recherche, cette phase du raisonnement pratique a amené le chercheur à identifier les comportements configurant la gouverne des CLS. Il s'agit de chercher la cohérence des relations informelles en regard de la perspective théorique sous-

jacente car elles reflètent les règles construites par les acteurs, leurs arrangements et leurs négociations.

Ces comportements émergent lorsque les acteurs concernés doivent faire face à des situations imprévues ou bien à des difficultés qui donnent lieu à des nouvelles pratiques pour pallier les déficits d'informations disponibles. Lors des entrevues et des groupes de discussion, les acteurs eux-mêmes avaient la tendance, quand le chercheur arrivait à développer un sentiment de confiance mutuelle, à évoquer ce qu'ils font au lieu de ce qu'ils devraient faire au nom des règles. Au-delà des prescriptions formelles auxquelles les acteurs font souvent référence, ils peuvent évoquer très facilement les obstacles réels renvoyant aux comportements informels de leurs interactions quotidiennes.

### 2.1.2 L'identification des récurrences comportementales

Les récurrences correspondent aux régularités observables car les acteurs adoptent des comportements semblables dans des circonstances voisines. Ces récurrences reflètent la règle de jeu singulière et propre au système d'action que nous voulons rendre explicite plus tard. Découvrir des récurrences revient pour le chercheur à repérer ce qui, dans les discours des acteurs, paraît similaire ou analogue. Il s'agit de construire des catégories qui définiront des ensembles de comportements participatifs homologues, tout en cherchant la similarité des conditions contextuelles dans lesquelles ils ont émergé. Dans cette étude, la recherche de récurrences a porté à la fois sur les comportements, les représentations, les arguments des acteurs ainsi que sur les éléments déclencheurs du contexte.

### 2.1.3 La contextualisation des comportements

Tout comportement se trouve situé dans un contexte d'action. Cette phase fait du contexte un facteur explicatif des comportements. Dans cette étude, le contexte correspond au milieu de recherche dans lequel se trouvent nos cas-interventions, c'est-à-dire le secteur du système de santé responsable de



l'implantation des CLS. Le contexte se définit ici par ses contraintes, mais aussi par des zones floues qui offrent des possibilités de jeu plus spontanées. Les comportements sont alors compris dans cette étude comme une réponse face à des contraintes et à des opportunités de jeu, pouvant à leur tour conditionner l'émergence de changements au sein du contexte.

Cette phase évite le risque d'endogénéisation de l'explication : sans la considération de la situation dans laquelle les acteurs se trouvent en regard de leurs interactions et de leurs relations d'interdépendance, leurs comportements peuvent être interprétés en fonctions des attributs exclusivement psychologiques, indépendamment des facteurs contextuels.

#### 2.1.4 La formulation de la situation-problème commune

L'explicitation des comportements participatifs récurrents ainsi que leur contextualisation renvoie le chercheur à la situation-problème autour de laquelle se cristallisent les négociations entre les acteurs concernés. Ceci amène le chercheur à cerner ce qui permettra de réfléchir sur les interdépendances des acteurs et sur les intérêts qui les amènent à agir d'une façon donnée. Des intérêts différents poussent chacun des acteurs à proposer des formulations suffisamment générales de la situation-problème pour faire apparaître celle-ci comme la définition légitime. Cette diversité d'intérêts amène les acteurs concernés à traduire comme définition celle qui suggère des solutions qu'ils pourront satisfaire.

Malgré l'impression de l'existence de situations-problèmes distinctes et apparemment indépendantes qu'une première lecture des données recueillies aurait pu nous donner, nos analyses ont montré que différentes définitions du problème peuvent être intrinsèquement liées. Ceci exige, de la part du chercheur, un effort de complexification de la formulation de la situation-problème commune. Pour ce faire, il faut comparer les différentes définitions de ce qui pose problème pour chacun des acteurs, pour ensuite tenter de construire

une nouvelle définition générale, un point de passage obligé commun en fonction des rapports d'interdépendance des acteurs concernés.

### 2.1.5 La découverte des interdépendances

Du fait des interdépendances dans lesquelles se trouvent les acteurs, l'unité d'interprétation ne peut être un comportement unique. Les comportements participatifs de chaque acteur ne font du sens que par rapport à d'autres comportements. Les interdépendances des acteurs sont, pour l'acteur, à la fois des contraintes réduisant les possibilités de jeu et des opportunités pour des négociations plus ou moins favorables.

Dans tout contexte d'action, les rapports stratégiques de pouvoir ainsi que les mécanismes systémiques de régulation se traduisent dans des interdépendances entre les acteurs concernés. Cette relation entre pouvoir et régulation n'est jamais parfaitement symétrique ni totalement réciproque. Les interdépendances sont intégrées en fonction des représentations qu'ils se font du contexte d'action et des comportements des autres acteurs. La signification des comportements participatifs des acteurs impliqués dans la gouverne des CLS ne fera de sens pour le chercheur que si on les met en relation avec les relations d'interdépendance spécifiques qui se tissent dans le contexte d'action.

## 2.2. *Synthèse systémique*

Au raisonnement stratégique, il faut juxtaposer la synthèse systémique, visant le repère des mécanismes systémiques de régulation constituant le cadre commun d'action des acteurs concernés. Ce système d'action désigne la manière dont les acteurs régulent leurs interactions, ainsi que les espaces de négociation et d'équilibre qu'ils se donnent pour faire fonctionner l'ensemble organisationnel. Il importe donc de comprendre quelles sont les règles et les zones d'incertitude caractérisant le système d'action concret des acteurs en présence. En suivant Foudriat (2007), les différentes étapes de la démarche de

raisonnement pratique suivies pour opérationnaliser la synthèse systémique sont décrites aux points suivants.

### 2.2.1 Les inférences d'enjeux

C'est la façon dont un acteur s'engage dans des rapports stratégiques de pouvoir qui permet au chercheur d'en déduire des hypothèses d'enjeux. En fait, ce qui oppose les acteurs par rapport à la formulation de la situation-problème et la façon de trouver des solutions, est en rapport direct avec leurs intérêts respectifs. Pour les acteurs, tout n'est pas opportunité de jeu. Leur marge d'action est limitée par les contraintes contextuelles de l'espace d'action et d'intervention participatif constitué par les CLS. C'est donc par l'analyse de leur discours que l'on est parvenu à déceler ce qui, de leur point de vue, est un enjeu qui ne renvoie pas qu'à un intérêt en soi.

Pour construire une hypothèse d'enjeu nous avons rapproché deux ensembles de données : d'un côté, les comportements des acteurs concernés, leurs orientations, les points saillants communs dans leur discours par rapports aux relations informelles d'appropriation qui s'établissent entre eux. D'un autre côté, les contraintes perçues par les acteurs dans leur situation par rapport aux structures formelles d'encadrement de leur espace d'action et d'intervention participatif.

### 2.2.2 Les inférences des stratégies

L'inférence d'une hypothèse de stratégie est possible à la suite de la formulation de la première hypothèse d'enjeu. Enjeu et stratégie sont indissociables. C'est l'enjeu qui permet précisément de saisir en quoi un comportement participatif constitue du point de vue de l'acteur une stratégie. Il ne peut y avoir de dissociation et c'est pour cette raison que le chercheur est revenu sans cesse aux données de l'observation et plus particulièrement aux données renvoyant à la subjectivité des acteurs eux-mêmes, c'est-à-dire, ce qu'ils disent sur leurs comportements participatifs.

Pour comprendre les comportements des acteurs concernés en termes de stratégie, il faut donc les rapporter au système d'action dans lequel ils se situent, c'est-à-dire à la relation de symétrie existant entre les interactions informelles au cours desquelles ils prennent forme et les contraintes formelles qui pèsent sur les acteurs en présence. Ce sont les similarités entre des éléments argumentatifs et des contextes d'action qui justifient leur rapprochement et permettent au chercheur de trouver une formule générale qui traduit de façon synthétique et systémique les comportements stratégiques. L'explicitation de l'orientation stratégique dominante a permis au chercheur de mieux comprendre, par le biais de cette perspective systémique, l'émergence d'incertitudes et la recherche de négociations.

### 2.2.3 L'inférence d'une hypothèse de zone d'incertitude

Les zones d'incertitude définissent des espaces où, les contraintes étant moins fortes, les acteurs ont une plus grande marge de liberté dont ils chercheront à tirer profit en essayant d'imposer des nouvelles règles qui les placera en situation d'avantage dans l'accomplissement de leur tâche. Les acteurs cherchent donc à contrôler les zones d'incertitude autour desquelles se développent leurs rapports stratégiques de pouvoir. Pour ces zones, l'absence de règles ou leur imprécision créent, selon la position de chacun dans leur espace d'action, pour les uns une plus grande marge de liberté, mais pour les autres des nouvelles contraintes, ce qui génère de nouveaux rapports stratégiques de pouvoir et des difficultés dans l'exercice des tâches et leur coordination.

Ceci amène le chercheur à cerner les types d'atouts mis en œuvre par certains acteurs qui cherchent à élargir leur marge d'action, ce qui lui a permis de suggérer, sous forme d'hypothèse, l'existence d'une zone d'incertitude. Il s'agit ici de reconstituer le jeu dans le système d'action en montrant comment leurs stratégies contournent les structures formelles d'encadrement. Cette reconstitution se fait à partir d'un récit qui met en scène les rapports stratégiques

de pouvoir ainsi que les mécanismes systémiques de régulation par rapport à la situation-problème traduite comme point de passage obligé.

#### 2.2.4 L'inférence d'une hypothèse de système d'action

Un système d'action concret peut se définir comme « *un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintiennent sa structure, c'est-à-dire, la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux* » (Crozier & Friedberg, 1977: 246). Des observations faites à des moments différents ont permis au chercheur de déduire l'existence de ces mécanismes de régulation. Ceux-ci reflètent une règle de jeu cachée qui définit la nature des négociations acceptables et qui renvoie aux types d'échange qui apparaissent, aux jeux des acteurs, comme les plus en consonance avec leurs intérêts et leurs enjeux.

La réflexion sur les règles régissant la coopération entre acteurs autour des problèmes communs qui les affectent offre au chercheur la possibilité de rendre explicite, sous forme d'hypothèse, l'existence d'un système complexe d'action et d'intervention participatif. Ce système d'action est un construit d'acteurs autour d'un ensemble de règles de jeu stratégiques. Ces règles sont apprises et intériorisées par les acteurs lors de multiples rapports stratégiques de pouvoir qui traduisent leurs comportements participatifs. Les acteurs développent ainsi certaines compétences d'anticipation par rapports à leurs intérêts et leurs enjeux. Ces compétences restent pourtant approximatives car elles n'ont qu'une rationalité limitée et ne connaissent que partiellement la situation de leur espace d'action. Dans ce contexte, la constitution d'un construit complexe de régulation systémique est définitivement le produit et la conséquence des rapports stratégiques de pouvoir permettant au chercheur de traduire les enjeux, les stratégies et les zones d'incertitude émergeant de l'espace d'action et d'intervention participatif constitué par la gouverne des CLS.

### 3. L'utilisation des connaissances

La stratégie de recherche-action sous-jacente à cette étude vise, depuis la deuxième année de production de données, le transfert systémique des connaissances collectivement produites ainsi que l'articulation stratégique des actions intersectorielles qui en découlent. Le but ici c'est de rendre intelligible et de faire connaître la complexité des enjeux praxéologiques, discursifs et symboliques associés au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS.

Afin de donner suite au processus de restitution des résultats préliminaires déjà entamé en 2007 dans les milieux locaux de recherche, le chercheur vise la mise en place à partir de septembre 2010 d'un programme international de stage postdoctoral<sup>5</sup> axé sur le transfert et l'utilisation des connaissances produites par cette étude. Ce partage de connaissances comptera sur la collaboration des acteurs procédant des secteurs académique et institutionnel du palier central-régional ainsi que des secteurs professionnel et communautaire du palier local des milieux de recherche. L'enjeu ici est, d'une part, de prendre en considération la nature interdisciplinaire des forums scientifiques où s'expriment sous forme de débats, de points de vue différents, voire conflictuels, propres aux milieux académique et institutionnel et, d'autre part, de faire le lien avec la complexité des interactions et des négociations autour des arrangements de partenariat et des actions intersectorielles propres à chaque milieu empirique de recherche.

Afin de rendre plus recevable le processus de transfert et d'utilisation des connaissances, le chercheur a pris comme guide les quatre moments de la *théorie de la production dynamique de connaissances* (Nonaka,

---

<sup>5</sup> La mise en place de ce programme international de stage postdoctoral sera possible grâce à la bourse postdoctorale octroyée au chercheur principal de cette étude par le Programme interuniversitaire de formation en recherche en santé mondiale (PIFRSM). Le PIFRSM fait partie de l'Axe de recherche en santé mondiale (ARSM) du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ). La lettre d'acceptation de la bourse offerte par le PIFRSM peut être consultée dans l'annexe 5.

1994; Nonaka & Toyama, 2003). Cette perspective organisationnelle facilite et renforce l'alignement dynamique entre les connaissances théoriques sous-jacentes et les démarches opérationnelles inhérentes au déroulement de cette étude. De cette façon, la mise en œuvre de ce programme de stage postdoctoral renforcera la continuation d'un processus de transfert et d'utilisation de résultats finaux de cette étude fondé, d'une part, sur la socialisation et le partage des connaissances collectives et, d'autre part, sur la combinaison et l'appropriation des actions intersectorielles.

### **3.1. *Socialisation et partage des connaissances***

D'abord, la *socialisation*. Il s'agit d'un processus d'acquisition de connaissances tacites par le partage des expériences quotidiennes principalement par le moyen de l'observation en situation et des conversations informelles. Ici, le chercheur a mis en place la programmation de rencontres de réflexion et de discussions critiques avec des professeurs, des chercheurs et des étudiant(e)s de son milieu académique au sujet des dimensions conceptuelle, méthodologique et opérationnelle de cette étude.

Ensuite, l'*extériorisation*. Dans cette étape on transforme les connaissances tacites en des connaissances explicites par l'intégration du langage, d'images et de métaphores dans la culture organisationnelle du milieu académique. Il s'agit d'une activité essentielle fondée sur le partage direct de connaissances collectives. Ici, le chercheur a participé activement à l'organisation de colloques et de séminaires au sein du secteur académique des milieux de recherche, et ce, au sujet du processus d'intégration organisationnelle des PP dans les champs complexes de la santé publique internationale et de la santé mondiale.

### **3.2. *Combinaison et appropriation des actions***

La *combinaison* est le processus de création de connaissances explicites générales à partir de la synthèse de plusieurs sources de connaissances explicites locales. Il s'agit ici de créer des documents et des rapports de recherche,

d'organiser des colloques et des conférences hors du milieu académique. À ce titre, le chercheur a donné plusieurs conférences et séminaires dans les milieux de recherche impliqués dans cette étude. En plus des six articles et chapitres déjà publiés dans – et deux autres articles soumis à – des revues avec comité de révision par pairs, le chercheur vise la publication de quatre autres articles scientifiques, en collaboration avec ses directeurs de recherche doctorale et d'autres partenaires académiques<sup>6</sup>. Ces articles porteront sur les différentes dimensions épistémologiques de cette étude, notamment, les résultats empiriques autour des lignes de réflexion critique complémentaires à la question de recherche, la densification conceptuelle du modèle de la transition organisationnelle (MTO), et enfin la pratique réflexive du chercheur-évaluateur dans l'évaluation des interventions complexes se déroulant dans des contextes pluralistes.

Enfin, l'*intériorisation* de connaissances. Il s'agit, par la réflexion critique des expériences acquises dans la mise en pratique de cette étude, d'un processus d'incorporation des connaissances explicites en de nouvelles connaissances tacites, ou actions intersectorielles. Nous parlons ici de la mise en action des savoirs, où les connaissances explicites seront intégrées dans les pratiques quotidiennes des acteurs concernés sous forme de modèles ou de schèmes mentaux partagés. C'est bien l'appropriation du processus d'utilisation des connaissances que le chercheur vise à mettre en pratique par le biais de la planification, de l'implantation et de l'évaluation d'un atelier destiné à la remise des résultats empiriques finaux de cette étude en partenariat avec les acteurs intersectoriels des milieux de recherche.

---

<sup>6</sup> L'annexe 6 montre la liste de publications scientifiques sous forme d'articles originaux publiés dans des revues savantes qui utilisent un processus d'examen par les pairs et de conférences orales et écrites données ainsi que la liste d'articles sur lesquels le chercheur principal travaille présentement en lien avec les démarches d'ordre conceptuel, méthodologique et opérationnel de ce projet de recherche empirique.



Bref, l'intégration stratégique et systémique du programme international de stage postdoctoral proposé par le chercheur favorisera chez les acteurs concernés la continuation du processus de transfert et d'utilisation de connaissances entamé lors des démarches empiriques de cette étude. Ceci nous permettra de partager les savoirs produits avec les acteurs intersectoriels des milieux locaux de recherche afin d'éclairer les débats publics et les prises de position politiques portant sur les enjeux liés à l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS. Ainsi, nous pourrions adopter comme principe directeur le fait que, à toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre d'un projet de recherche-action, tous les acteurs concernés pourront contribuer significativement au processus de transfert et d'utilisation des connaissances.

## CINQUIÈME PARTIE – MISE EN QUALITÉ DE L'ÉTUDE

La cinquième section de cette étude rend compte du processus de mise en qualité du projet de recherche. Toute procédure scientifique est censée trouver les moyens de résoudre, de façon systématique, crédible et éthique, les problèmes que lui pose la juste appréhension des phénomènes sociaux (Laperrière, 1997). La relation entre le chercheur et le milieu de recherche fait surgir des enjeux éthiques importants puisque toute recherche risque de modifier les dynamiques des rapports sociaux du milieu. Dans le champ complexe de la recherche-action, une telle réalité renvoie à l'élargissement des définitions de la qualité des approches scientifiques, axée fondamentalement sur des critères d'ordre scientifique et de considérations d'ordre éthique.

Cette étude de recherche-action présente donc une démarche complexe axée sur la production, le transfert et l'utilisation de connaissances scientifiquement valides et socialement acceptables autour du processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS. L'ensemble des finalités de cette étude aspire à ce que les acteurs concernés puissent, en fonction de leurs conditions de possibilité, prendre position sur ces connaissances et les traduire dans des actions intersectorielles politiquement articulées. La qualité de ces connaissances doit répondre en conséquence à des exigences relatives à la validité scientifique et à l'acceptation sociale.

Le chapitre 11 présente les principaux critères scientifiques de validation mis de l'avant dans cette étude en vue d'en arriver à établir la qualité de son processus et de ses résultats. Étant donné la diversité de positions en ce qui concerne le choix des critères nécessaires pour garantir la qualité de la démarche scientifique, nous avons pris en considération les critères scientifiques proposés par Laperrière (1997), qui synthétisent exhaustivement le processus de validation scientifique. Ces critères sont la validité interne ou crédibilité, la validité externe ou transférabilité et la fiabilité ou cohérence interne.

Enfin, le chapitre 12 présente les principales considérations éthiques de responsabilisation privilégiées nous permettant de trouver un compromis entre les exigences méthodologiques et les requis déontologiques de cette étude. Nous avons pris en considération les exigences éthiques de la recherche en partenariat proposées par Caron (1993), ainsi que les réflexions éthiques abordées par Piron (2000) autour de la position du chercheur dans ses démarches analytiques afin d'enrichir le plus possible la qualité de cette étude.

## CHAPITRE 11 – CRITÈRES SCIENTIFIQUES DE VALIDATION : LA VALIDITÉ SCIENTIFIQUE

La valeur d'une recherche scientifique dépend principalement de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes (Drapeau, 2004). Ces critères de scientificité peuvent varier significativement en fonction du positionnement épistémologique et des choix méthodologiques du chercheur. Cependant, loin de constituer une lacune, cette multiplicité témoigne plutôt de la richesse, de la diversité et de la capacité d'adaptation de l'approche qualitative. Ceci dit, les divers critères scientifiques de validation proposés pour garantir la qualité de cette étude sont décrits aux points suivants.

### 1. La validité interne ou crédibilité

La validité interne ou crédibilité consiste à vérifier si les observations du chercheur sont effectivement crédibles par rapport à la réalité observée. Il s'agit de l'appréciation de la concordance entre ce que le chercheur observe vraiment et ce qu'il interprète de cette réalité (Drapeau, 2004). Ce critère permet d'assurer la justesse et la pertinence du lien entre les interprétations faites par le chercheur et les observations empiriques tout en restituant la place centrale du sens dans l'analyse des phénomènes sociaux (Laperrière, 1997). De façon générale, la crédibilité fait donc référence au degré de concordance entre le sens attribué par le chercheur et sa plausibilité aux yeux des acteurs concernés.

Proposées par Laperrière (1997), les stratégies prises en compte pour garantir la crédibilité de cette étude sont : (1) la prise en considération de la subjectivité humaine; (2) l'observation en contexte naturel : et (3) la concordance entre les observations empiriques et leur interprétation.

En ce qui concerne la prise en considération de la *subjectivité humaine*, plusieurs propositions épistémologiques ont été contemplées :

- D'abord, la prise en compte du *positionnement épistémologique* du chercheur et des acteurs concernés tout au long des processus de production des connaissances collectives et de mise en action de ces savoirs. Ceci a permis au chercheur tant un certain degré de distanciation objective envers ses démarches empiriques qu'une immersion totale dans le milieu de recherche dans un processus de subjectivation incontournable.
- Ensuite, la prise en compte de la *réflexivité* de la recherche par l'analyse continue des interactions entre le chercheur et les membres des CÉP ainsi qu'un investissement dans la qualité des interactions aux milieux locaux de recherche.
- Troisièmement, la *confrontation* du positionnement subjectif du chercheur et des acteurs concernés aux données produites par le projet de recherche, puis la révision constante du devis de recherche, du modèle conceptuel et de la démarche analytique. Ici, lors de ses interprétations, le chercheur a soumis les transcriptions de quelques entrevues ainsi que les résultats préliminaires de son raisonnement pratique aux acteurs qui ont participé à l'étude en vue de leur corroboration.
- Quatrièmement, la redéfinition du critère d'objectivation soit en termes de *consensus intersubjectif*, soit en termes d'*intégration critique* des diverses interprétations du phénomène étudié, soit encore en termes de *maximisation de la qualité* des informations obtenues par la mise en contexte et la triangulation de celles-ci.
- Et enfin, la mise en consonance du *langage* du chercheur et de ses propres valeurs d'une part, et du langage et des valeurs des acteurs concernés, d'autre part.

En ce qui concerne l'*observation en contexte naturel*, les propositions épistémologiques contemplées sont :

- D'abord, la *définition* assez large *des situations* pour qu'elle fasse du sens mais aussi assez restreinte pour permettre une observation en profondeur.
- Deuxièmement, la prise en compte, tout au long de la collecte et de l'analyse de données, des *données historiques* relatives au phénomène de l'étude.
- En troisième lieu, l'analyse des *facteurs contextuels* influençant l'évolution du phénomène étudié. Ce critère s'aligne avec la dimension structurelle de la 2<sup>e</sup> étape de notre modèle conceptuel.
- Et enfin, la prise en compte de l'évolution des phénomènes étudiés par une *implication prolongée* sur le terrain, ce qui a permis le repérage des rythmes et l'analyse des processus participatifs des acteurs concernés.

Enfin, afin de garantir la *concordance* entre les observations empiriques et leur interprétation, plusieurs propositions épistémologiques ont été contemplées :

- D'abord, la *confrontation* systématique des interprétations faites par le chercheur à l'ensemble des observations empiriques.
- En deuxième lieu, une *codification et catégorisation* précises, consistantes et exhaustives, où les codes, les catégories et les thèmes correspondent aux critères et sous-critères de notre modèle conceptuel.
- Et, enfin, la *triangulation* des observations empiriques et des perspectives théoriques et méthodologiques sous-jacentes à cette étude.

## 2. La validité externe ou transférabilité

Les procédures concernant la validité externe ou transférabilité visent à établir l'utilité générale des résultats produits par les recherches qualitatives. Cependant, la perspective théorique sous-jacente à notre modèle conceptuel, ainsi que la stratégie de recherche-action de cette étude, induisent un rapport novateur entre les connaissances collectivement produites et les actions politiquement articulées par les acteurs concernés. Nous ne cherchons pas à développer des énoncés généraux et transférables d'un contexte d'action à un autre ni à les transférer à des pratiques locales (Friedberg, 1997). Nous nous servons plutôt des connaissances produites dans nos milieux de recherche pour induire des modifications dans la pratique des acteurs concernés. Et en retour nous nous servons de ces pratiques modifiées pour consolider les connaissances collectivement produites sur nos milieux de recherche et pour avancer aussi dans la compréhension de notre phénomène à l'étude. Ici, la production sociale et critique des savoirs et sa mise en œuvre dans l'action sont intimement liées.

Les stratégies prises en compte pour garantir la transférabilité de notre étude sont :

- La *spécification* des procédures de la recherche, des caractéristiques du contexte et des réseaux sociotechniques associés aux cas-intervention à l'étude, afin de rendre possible l'identification de situations similaires.
- Et la *description* la plus exactement possible du milieu de recherche, des acteurs, du terrain, des caractéristiques de l'étude, de l'évolution historique du phénomène étudié ainsi que des précisions sur la définition et la signification accordées aux termes et construits utilisés, ce qui permettra une comparaison appropriée des processus et de résultats empiriques produits par cette étude.

### 3. La fiabilité ou cohérence interne

Certains chercheurs remettent en question l'applicabilité de la notion de fiabilité aux approches qualitatives de la recherche et proposent la notion de *reproductibilité*, ou applicabilité extensive des analyses dans le temps et dans l'espace. Ce que l'on cherche à produire ici n'est pas tant la description empirique d'une situation que les outils conceptuels et méthodologiques mis en œuvre pour l'appréhender. L'applicabilité extensive concerne plus spécifiquement la reproductibilité d'une recherche par d'autres chercheurs qui utiliseraient les mêmes procédures.

Comme le propose Laperrière (1997), le chercheur a eu recours à plusieurs techniques pour assurer une bonne fiabilité de son étude, à savoir :

- L'*implication* à long terme sur le terrain, qui permet non seulement de réduire les menaces classiques à la fiabilité, mais aussi de cerner les facteurs contextuels fondamentaux pouvant expliquer l'évolution du phénomène à l'étude.
- La *prise en considération systématique*, lors du raisonnement pratique du chercheur, de l'ensemble des incidents relatifs au phénomène à l'étude, ainsi que la recherche de la *concordance* des perspectives par une diversité d'instruments de triangulation.
- Le recours aux *feedbacks* des acteurs concernés. Ici le chercheur a été vigilant quant à la cohérence interne de ses déductions et il a confronté ses interprétations au matériel référentiel de base, c'est-à-dire à notre prémisse de départ, à notre modèle conceptuel, aux études et aux recherches proches ainsi qu'à des théories reconnues et bien définies sous-jacentes à l'étude du phénomène d'intérêt.



## CHAPITRE 12 – CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES DE RESPONSABILISATION : L'ACCEPTATION SOCIALE

Toute recherche qui porte sur des phénomènes sociaux ou organisationnels est susceptible de soulever des problèmes éthiques. Par conséquent il est important de trouver un compromis entre les exigences méthodologiques d'une part, et les considérations déontologiques d'autre part (Jaccoud & Mayer, 1997). Ceci dit, les membres des CÉP des deux milieux de recherche et le chercheur principal de cette étude ont entamé un processus de réflexion critique autour des toutes les conséquences possibles découlant de la mise en œuvre du projet de recherche. Ainsi, cette étude a été conçue de manière responsable, afin d'assurer que la méthodologie utilisée soit appropriée, qu'aucun groupe d'acteurs ne soit déraisonnablement exclu et que le préjudice social soit réduit au minimum. Cette étude a également été conçue afin de maximiser son utilité et son intérêt pour le bénéficiaire du milieu local de recherche et plus largement pour la communauté scientifique.

Lorsque cela a été possible et dans la mesure où la situation n'impliquait pas de conflit avec d'autres considérations éthiques ou organisationnelles, certains acteurs concernés par cette étude ont été activement impliqués dans le processus de recherche. Ainsi, une partie des efforts déployés pour assurer la qualité de notre démarche s'est située dans une optique plus collective de considérations d'ordre éthique. Nous avons cerné les exigences éthiques proposées par Caron (1993) pour les personnes engagées dans tout processus de recherche en partenariat, soit un réel volontariat de toutes les personnes engagées dans notre étude, une pratique axée sur les valeurs démocratiques d'autonomie, de liberté, d'égalité et de respect mutuel, et enfin une foi commune dans un projet de recherche-action qui se construit par la coopération et le dialogue.

Une fois le plan établi pour entreprendre le projet de recherche, le chercheur principal a considéré avec les membres des CÉP les différents aspects relatifs aux enjeux éthiques de la recherche-action. Le chercheur a fait parvenir une description détaillée de l'étude aux Comités éthiques de recherche des Unités techniques d'appui de la SMS de Salvador de Bahia au Brésil et du SCS des îles Canaries en Espagne. De plus, le chercheur a organisé plusieurs séances de présentation du projet de recherche auprès des dirigeants responsables et des cadres gestionnaires des paliers central-régional et local des deux milieux de recherche impliqués dans cette étude, afin d'obtenir leur approbation et leur consentement officiel.

Étant donné la nature évolutive de la démarche de recherche-action, le chercheur consultait les membres des CÉP de chaque milieu de recherche à chaque fois qu'un développement majeur était apporté au projet, afin d'obtenir leur avis et leur approbation. Afin de protéger les droits de tous les acteurs concernés, des explications verbales sur les finalités et le déroulement de cette étude ont été données lors de la présentation du projet de recherche, tout en insistant sur la confidentialité des données, l'anonymat des participants et le droit de refuser ou de se retirer en tout temps. Les transcriptions des enregistrements ainsi que les documents écrits faisant l'objet de nos analyses ont été dotés d'une identification numérique ou alphanumérique. Toute référence à l'identité des acteurs concernés a été évitée.

Plus spécifiquement, cette étude a porté une attention spéciale aux aspects suivants :

- Nous avons pris en compte les exigences spécifiques relatives à la recherche en partenariat afin de nous assurer que la participation des acteurs concernés était volontaire, basée sur un consentement informé, libre et éclairé.

- Nous avons pris particulièrement soin de protéger les intérêts des personnes impliquées dans cette étude et des entités organisationnelles qu'ils représentaient.
- Nous avons obtenu le consentement libre et éclairé des acteurs concernés et assuré leur anonymat ainsi que la protection de la propriété et de la confidentialité des données.
- Nous nous sommes assuré que le processus de cette étude n'impliquait aucun gain ou perte injustifiés pour tout participant.
- Nous avons pris les mesures nécessaires pour que les connaissances produites soient diffusées de manière à ce qu'elles soient accessibles aux acteurs concernés par cette recherche.
- Nous nous sommes assuré que le processus de la recherche avait été confié et conduit en respectant tous les groupes d'acteurs, quelles que soient leur conditions sociales et culturelles d'existence.

Enfin, nous avons aussi pris en compte les enjeux éthiques dont parle Piron (2000), comme étant des critères de qualité acceptables. L'auteur fait le point sur sa capacité d'écrire sur les phénomènes sociaux en harmonie avec ses exigences éthiques. La façon de rendre compte du rôle de l'interviewer détermine le caractère fondamentalement dialogique de tout récit de soi, et l'objet d'analyse devient non pas la personne qui raconte son histoire, ni son histoire elle-même mais bien plutôt le dialogue lui-même. Le fait de vouloir construire un savoir dit « scientifique » sur autrui sans altérer substantiellement le lien noué avec cet autrui constitue, à notre avis, un exercice d'objectivation d'ordre éthique. Cette objectivation impose au chercheur de ne pas exclure sa voix durant la transcription écrite des entrevues mais, bien au contraire, de la soumettre à la même démarche d'analyse et d'interprétation utilisée pour la voix de la personne

interviewée. Ceci permet de joindre l'une des principales propositions de l'anthropologie de l'expérience, selon laquelle l'ethnographie prend forme par la compréhension du chercheur et de sa propre expérience, de sorte qu'il devient lui-même l'objet de son enquête. Et c'est par cet exercice réflexif que le chercheur peut éviter les erreurs liées à l'intellectualisme, par lequel il attribue son propre rapport intellectuel au phénomène étudié et aux acteurs concernés par sa recherche. La considération éthique de prendre en compte la relation que le chercheur entretient avec l'objet de sa recherche constitue donc un des moyens d'améliorer la qualité scientifique de son travail.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abelson, J. (2001). Understanding the role of contextual influences on local health-care decision making: case study results from Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 53(6), 777-793.
- Abelson, J., & Eyles, J. (2002). *Public Participation and Citizen Governance in the Canadian Health System* (No. 7). Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Abelson, J., Forest, P.-G., Eyles, J., Casebeer, A., Martin, E., & Mackean, G. (2007). Examining the role of context in the implementation of a deliberative public participation experiment: Results from a Canadian comparative study. *Social Science & Medicine*, 64(10), 2115-2128.
- Abelson, J., Forest, P. G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E., & Gauvin, F. P. (2003). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social Science & Medicine*, 57(2), 239-251.
- Abma, T. A. (2007). Situated Learning in Communities of Practice: Evaluation of Coercion in Psychiatry as a Case. *Evaluation*, 13(1), 32-47.
- Abma, T. A., Greene, J., Karlsson, O., Ryan, K. E., Schwandt, T. A., & Widdershoven, G. A. M. (2001). Dialogue on Dialogue. *Evaluation*, 7(2), 164-180.
- Aguinis, H. (1993). Action Research and Scientific Method: Presumed Discrepancies and Actual Similarities. *Journal of Applied Behavioral Science*, 29(4), 416-431.
- Ainsworth, S. (1998). Community health councils. Voices of dissent. *Health Serv J*, 108(5618), 23.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988a). À quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode : L'art de choisir les bons porte-parole. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 12, 14-29.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988b). À quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : L'art de l'intéressement. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 11, 4-17.
- Amo, C., & Cousins, J. B. (2007). Going through the process: An examination of the operationalization of process use in empirical research on evaluation. *New Directions for Evaluation*, 2007(116), 5-26.
- Anderson, R. A., Crabtree, B. F., Steele, D. J., & McDaniel, R. R., Jr. (2005). Case Study Research: The View From Complexity Science. *Qualitative Health Research*, 15(5), 669-685.
- Anell, A. (1996). The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. *Health Policy*, 37(1), 19-33.

- Araujo Junior, J. L. (1997). Attempts to decentralize in recent Brazilian health policy: issues and problems, 1988-1994. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 27(1), 109-124.
- Avard, D., Grégoire, G., Coly, B., Bucci, L. M., & Farmer, Y. (2008). La participation du public dans la santé publique : l'implication des communautés culturelles dans le dépistage des maladies héréditaires. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 231-242.
- Barcelo-Aparicio, M. L., Martinez Reche, E., Sanchez Moreno, A., Sanchez Estevez, V., Canovas, J., & Marset, P. (1992). Los Consejos de Salud: balance de un año de funcionamiento. *Atención Primaria*, 9(2), 73-78.
- Barker, M., & Klopper, H. (2007). Community participation in primary health care projects of the Muldersdrift Health and Development Programme. *Curationis*, 30(2), 36-47.
- Barnes, M., Matka, E., & Sullivan, H. (2003). Evidence, Understanding and Complexity: Evaluation in Non-Linear Systems. *Evaluation*, 9(3), 265-284.
- Barnes, M., Newman, J., & Sullivan, H. (2004). Power, Participation, and Political Renewal: Theoretical Perspectives on Public Participation under New Labour in Britain. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 11(2), 267-279.
- Barnes, M., Newman, J., & Sullivan, H. (2006). Discursive Arenas: Deliberation and the Constitution of Identity in Public Participation at a Local Level. *Social Movement Studies*, 5, 193-207.
- Baum, F. (2002). *The New Public Health: An Australian Perspective*. Melbourne: Oxford University Press.
- Baum, F., Sanderson, C., & Jolley, G. (1997). Community participation in action: an analysis of the South Australian Health and Social Welfare Councils. *Health Promotion International*, 12(2), 125-134.
- Bichmann, W., Rifkin, S. B., & Shrestha, M. (1989). Towards the measurement of community participation. *World Health Forum*, 10(3-4), 467-472.
- Bilodeau, A., Allard, D., Francoeur, D., & Chabot, P. (2004). L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 50-65.
- Bispo-Junior, J. P., & Sampaio, J. J. (2008). Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 23(6), 403-409.
- Bjaras, G., Haglund, B. J. A., & Rifkin, S. B. (1991). A new approach to community participation assessment. *Health Promotion International*, 6(3), 199-206.
- Briceno-Leon, R. (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(1), 7-30.

- Briceno-Leon, R. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, S141-S147.
- Brisolara, S. (1998). The history of participatory evaluation and current debates in the field. *New Directions for Evaluation*, 80, 25-41.
- Brittain, I., Taylor, B., & Tyler, S. (2002). Public involvement. Contributory factors. *The Health service journal*, 112(5803), 30-31.
- Bronfman, M., & Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cadernos de Saude Publica*, 10(1), 111-122.
- Brousselle, A. (2004). What Counts is not Falling... but Landing: Strategic Analysis: An Adapted Model for Implementation Evaluation. *Evaluation*, 10(2), 155-173.
- Brousselle, A., & Champagne, F. (2004). How was the UNAIDS drug access initiative implemented in Chile? *Evaluation and Program Planning*, 27(3), 295-308.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (Eds.). (2009). *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Butterfoss, F. D. (2006). Process Evaluation for Community Participation. *Annual Review of Public Health*, 27(1), 323-340.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique*, 36, 169-208.
- Callon, M., & Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Prospective et Santé*, 36, 13-25.
- Campbell, C., & McLean, C. (2002). Ethnic identities, social capital and health inequalities: factors shaping African-Caribbean participation in local community networks in the UK. *Social Science & Medicine*, 55(4), 643-657.
- Carmel, E. (1999). Concepts, context and discourse in a comparative case study. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 141-150.
- Caron, A. (1993). Les exigences éthiques d'une recherche en partenariat. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, 9(68-75).
- Carter, S. M., & Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qual Health Res*, 17(10), 1316-1328.
- Carvalho, I. A. (1998). Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(1), 23-25.
- Cassell, C., & Johnson, P. (2006). Action research: Explaining the diversity. *Human Relations*, 59(6), 783-814.

- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 251-272). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2009a). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (pp. 35-56). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2009b). Modéliser les interventions. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (pp. 57-70). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2009). L'évaluation dans la domaine de la santé: concepts et méthodes. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (pp. 35-56). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chavis, D. M. (2001). The Paradoxes and Promise of Community Coalitions. *American Journal of Community Psychology, 29*, 309-320.
- Chen, H. T. (2005). *Practical Program Evaluation. Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness* Sage Publications: Thousand Oaks.
- Chesney, J. D. (1984). Citizen participation on regulatory boards. *Journal of Health Politics Policy and Law, 9*(1), 125-135.
- Chinitz, D. (2000). Regulated competition and citizen participation: lessons from Israel. *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 3*(2), 90-96.
- Church, K. (1996). Beyond "bad manners": the power relations of "consumer participation" in Ontario's community mental health system. *Canadian Journal of Community Mental Health, 15*(2), 27-44.
- Coelho, V. S. P., de Andrade, I. A. L., & Montoya, M. C. (2002). Deliberative Fora and the Democratisation of Social Policies in Brazil. *IDS Bulletin, 33*, 65-73.
- Collins, C., & Green, A. (1994). Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *International journal of health services : planning, administration, evaluation, 24*(3), 459-475.
- Connelly, J. B. (2007). Evaluating complex public health interventions: theory, methods and scope of realist enquiry. *J Eval Clin Pract, 13*(6), 935-941.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 9*(2), 4-31.



- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses Universitaires de Montréal.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(6), 517-539.
- Contandriopoulos, D. (2004). A sociological perspective on public participation in health care. *Social Science & Medicine*, 58(2), 321-330.
- Contandriopoulos, D., Denis, J.-L., & Langley, A. (2004). Defining the 'public' in a public healthcare system. *Human Relations*, 57(12), 1573-1596.
- Cooke, B., & Kothari, U. (2002). *Participation: The New Tyranny?* London: Zed Books.
- Correia, M. V. C. (2005). *Desafios para o Controle Social: Subsídios Para Capacitação de Conselheiros de Saude*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Crozier, M. (2000a). *A quoi sert la sociologie des organisations. Tome 1 : Théorie, culture et société*. Paris: Seli Arslan.
- Crozier, M. (2000b). *A quoi sert la sociologie des organisations. Tome 2 : Vers un nouveau raisonnement pour l'action*. Paris: Seli Arslan.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- da Cunha Gastal, C. L., & Gutfreind, C. (2007). Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. *Cad Saude Publica*, 23(8), 1835-1844.
- Dean, S. C., Harper, C. E., Cappuccio, F. P., Rink, E., Dirckx, C., Arnout, J., et al. (2005). The challenges of cross-national research in primary health care across Europe. *Family Practice*, 22(3), 341-346.
- Dehler, G. E., & Edmonds, R. K. (2006). Using Action Research to Connect Practice to Learning: A Course Project for Working Management Students. *Journal of Management Education*, 30(5), 636-669.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-112). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Dickens, L., & Watkins, K. (1999). Action Research: Rethinking Lewin. *Management Learning*, 30(2), 127-140.

- Diez, M. A. (2001). The Evaluation of Regional Innovation and Cluster Policies: Towards a Participatory Approach. *European Planning Studies*, 9(7), 907-923.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Dubé, L., Bourhis, A., & Jacob, R. (2005). The impact of structuring characteristics on the launching of virtual communities of practice. *Journal of Organizational Change Management*, 18(2), 145-166.
- El Ansari, W., & Phillips, C. J. (2001). Partnerships, community participation and intersectoral collaboration in South Africa. *Journal of Interprofesional Care*, 15(2), 119-132.
- El Ansari, W., Phillips, C. J., & Zwi, A. B. (2002). Narrowing the gap between academic professional wisdom and community lay knowledge: perceptions from partnerships. *Public Health*, 116(3), 151-159.
- Eliasoph, H., Monaghan, B., Beaudoin, R., Cushman, R., DuBois-Wing, G., Emery, M. J., et al. (2007). "We are all in this together": integrated health service plans in Ontario. *Healthcare Quarterly*, 10(3), 82-87.
- Emanuel, E. J., & Titlow, K. (2002). Evaluating community-based health initiatives: identifying the characteristics of successful initiatives and evaluations. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 27(1), 105-108.
- Eyre, R., & Gauld, R. (2003). Community participation in a rural community health trust: the case of Lawrence, New Zealand. *Health Promotion International*, 18(3), 189-197.
- Foudriat, M. (2007). *Sociologie des organisations. 2e édition*. Paris: Pearson Education France.
- Frankish, C. J., Kwan, B., Ratner, P. A., Higgins, J. W., & Larsen, C. (2002a). Challenges of citizen participation in regional health authorities. *Social Science & Medicine*, 54, 1471-1480.
- Frankish, C. J., Kwan, B., Ratner, P. A., Higgins, J. W., & Larsen, C. (2002b). Social and political factors influencing the functioning of regional health boards in British Columbia (Canada). *Health Policy*, 61, 125-151.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Éditions du Seuil.
- Fuks, M. (2005). Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. *Revista de Sociologia e Política*, 25, 47-61.
- Gaminde, I. (1999). Priorities in healthcare: a perspective from Spain. *Health Policy*, 50(1-2), 55-70.
- Gannon-Leary, P., & Fontainha, E. (2007). Communities of Practice and virtual learning communities: benefits, barriers and success factors. *e-Learning Papers*, 5. Retrieved from [www.elearningpapers.eu](http://www.elearningpapers.eu)

- Garaway, G. B. (1995). Participatory evaluation. *Studies In Educational Evaluation, 21*(1), 85-102.
- Garfield, R. M., & Vermund, S. H. (1986). Health education and community participation in mass drug administration for malaria in Nicaragua. *Social Science & Medicine, 22*(8), 869-877.
- Genovich-Richards, J., & Wyzkiewicz, J. V. (2002). Consumers: from perceptions to participation. *The Journal for Healthcare Quality, 24*(6), 39-41, 53.
- Gerschman, S. (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública, 20*, 1670-1681.
- Gibbon, M., Labonte, R., & Laverack, G. (2002). Evaluating community capacity. *Health & Social Care in the Community, 10*(6), 485-491.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine, 56*, 1453-1468.
- Gold, S. K., Abelson, J., & Charles, C. A. (2005). From rhetoric to reality: including patient voices in supportive cancer care planning. *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 8*(3), 195-209.
- Goven, J. (2006). Processes of Inclusion, Cultures of Calculation, Structures of Power: Scientific Citizenship and the Royal Commission on Genetic Modification. *Science Technology Human Values, 31*(5), 565-598.
- Graham, K., & Bois, C. (1997). The complexity of roles in community action projects: The example of the evaluation of 'Alternatives'. *Evaluation and Program Planning, 20*(4), 433-442.
- Greene, J. (2001). Dialogue in Evaluation: A Relational Perspective. *Evaluation, 7*(2), 181-187.
- Gregory, A. (2000). Problematizing Participation: A Critical Review of Approaches to Participation in Evaluation Theory. *Evaluation, 6*(2), 179-199.
- Guareschi, P. A., & Jovchelovitch, S. (2004). Participation, Health and the Development of Community Resources in Southern Brazil. *Journal of Health Psychology, 9*(2), 311-322.
- Guizardi, F. L., & Pinheiro, R. (2006). Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 11*, 797-805.

- Guizardi, F. L., Pinheiro, R., Mattos, R. A. d., Santana, A. D., Matta, G. d., & Gomes, M. C. P. A. (2004). Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14, 15-39.
- Haas, P. M. (1992). Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46(1), 1-35.
- Hamel, J. (1997). *Étude de cas et sciences sociales*. Montréal: Harmattan Inc.
- Hantrais, L. (1999). Contextualization in cross-national comparative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 93-108.
- Hantrais, L., & Letablier, M.-T. (1998). La démarche comparative et les comparaisons franco-britanniques. *Revue de l'IRES*, 28, 145-163.
- Hausman, A. J., Brawer, R., Becker, J., Foster-Drain, R., Sudler, C., Wilcox, R., et al. (2005). The value template process: a participatory evaluation method for community health partnerships. *J Public Health Manag Pract*, 11(1), 65-71.
- Hogg, C. N. (2007). Patient and public involvement: what next for the NHS? *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 10(2), 129-138.
- Jaccoud, M., & Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 211-250). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Jacobs, B., & Price, N. (2003). Community participation in externally funded health projects: lessons from Cambodia. *Health Policy Plan*, 18(4), 399-410.
- Kaithathara, S. (1981). Community participation in primary health care. *Social Action*, 32(3), 351-357.
- Kelly, K., & Van Vlaenderen, H. (1995). Evaluating participation processes in community development. *Evaluation and Program Planning*, 18(4), 371-383.
- Kelly, K., & Van Vlaenderen, H. (1996). Dynamics of participation in a community health project. *Social Science & Medicine*, 42(9), 1235-1246.
- Kelly, S. E. (2003). Public bioethics and publics: consensus, boundaries, and participation in biomedical science policy. *Science, Technology & Human Values*, 28(2), 339-364.
- Kerr, A., Cunningham-Burley, S., & Tutton, R. (2007). Shifting Subject Positions: Experts and Lay People in Public Dialogue. *Social Studies of Science*, 37(3), 385-411.

- Kickbusch, I. (1999). Global + local = glocal public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(8), 451-452.
- Kickbusch, I. (2000). The development of international health policies - accountability intact? *Social Science & Medicine*, 51(6), 979-989.
- Kickbusch, I., & de Leeuw, E. (1999). Global public health: revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*, 14(4), 285-288.
- Koseki, L. K., & Hayakawa, J. M. (1979). Consumer participation and community organization practice: implications of national health legislation. *Medical Care*, 17(3), 244-254.
- Kuhn, T. (2002). Negotiating Boundaries between Scholars and Practitioners: Knowledge, Networks, and Communities of Practice. *Management Communication Quarterly*, 16(1), 106-112.
- Labra, M. E. (2002). Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? *Cadernos de Saúde Pública*, 18, S47-S55.
- Labra, M. E. (2006). Conselhos de Saúde. Visões “macro” e “micro”. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 199-221.
- Labra, M. E., & Figueiredo, J. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 537-547.
- Lane, M. B. (2003). Participation, Decentralization, and Civil Society: Indigenous Rights and Democracy in Environmental Planning. *Journal of Planning Education and Research*, 22(4), 360-373.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-390). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Laverack, G. (2006). Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. *Community Development Journal*, 41(3), 266-276.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Professional Publishing.
- Lindsey, E., Stajduhar, K., & McGuinness, L. (2001). Examining the process of community development. *Journal of advanced nursing*, 33(6), 828-835.
- Lion, C., & Martini, P. (2006). The evaluation of a Complex Social Program: Lessons learned from the experience of the European Social Fund. *Evaluation and Program Planning*, 29(1), 1-9.

- Livingstone, S. (2003). On the Challenges of Cross-National Comparative Media Research. *European Journal of Communication*, 18(4), 477-500.
- Lopes, M. L., & Almeida, M. L. (2001). Conselhos locais de Saúde em Londrina (PR): realidade e desafios. *Saúde em Debate*, 25(57), 29-39.
- Love, A. (2004). Implementation Evaluation. In J. S. Wholey (Ed.), *Handbook of Practical Programme Evaluation* (pp. 63-97). San Francisco: Jossey-Bass.
- Maciel Filho, R., & Araújo Jr, J. L. C. d. (2002). Discussing community participation in health: an approach from the Brazilian experience. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2, 91-103.
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55(1), 125-139.
- MacKian, S., Elliott, H., Busby, H., & Popay, J. (2003). 'Everywhere and nowhere': locating and understanding the 'new' public health. *Health & Place*, 9(3), 219-229.
- Martin-Garcia, M., Ponte-Mittelbrun, C., & Sanchez-Bayle, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 20 Suppl 1, 192-202.
- Martin, G. P. (2008). 'Ordinary people only': knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare. *Sociology of Health and Illness*, 30(1), 35-54.
- Martins, P. C., Cotta, R. M. M., Mendes, F. F., Franceschini, S. d. C. C., Priore, S. E., Dias, G., et al. (2008). Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18, 105-121.
- Mason, P., & Barnes, M. (2007). Constructing Theories of Change: Methods and Sources. *Evaluation*, 13(2), 151-170.
- May, C. R., Mair, F. S., Dowrick, C. F., & Finch, T. L. (2007). Process evaluation for complex interventions in primary care: understanding trials using the normalization process model. *BMC Fam Pract*, 8, 42.
- McKie, L. (2003). Rhetorical Spaces: Participation and Pragmatism in the Evaluation of Community Health Work. *Evaluation*, 9(3), 307-324.
- McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (1999). Logic models: a tool for telling your programs performance story. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), 65-72.
- McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (2004). Using Logic Models. In J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of Practical Program Evaluation* (pp. 7-32). San Francisco: Jossey Bass.
- Melucci, A., & Avritzer, L. (2000). Complexity, cultural pluralism and democracy: collective action in the public space. *Social Science Information*, 39(4), 507-527.

- Mercadante, O. A., Yunes, J., & Chorny, A. H. (1994). Descentralización y municipalización de los servicios de salud en Sao Paulo, Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 116(5), 381-396.
- Milewa, T., Valentine, J., & Calnan, M. (1998). Managerialism and active citizenship in Britain's reformed health service: power and community in an era of decentralisation. *Social Science & Medicine*, 47(4), 507-517.
- Miller, H. T., & Fox, C. J. (2001). The Epistemic Community. *Administration Society*, 32(6), 668-685.
- Molnar, C. (2001). Addressing challenges, creating opportunities: fostering consumer participation in Medicaid and Children's Health Insurance managed care Programs. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 24(3), 61-67.
- Moreira, M. R., & Escorel, S. (2009). Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 795-806.
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research, Second Edition*. London: Sage Publications.
- Morgan, L. M. (2001). Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221-230.
- Morita, I., Guimarães, J. F. C., & Di Muzio, B. P. (2006). A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, 15, 49-57.
- Morone, J. A., & Kilbreth, E. H. (2003). Power to the People? Restoring Citizen Participation. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 28(2-3), 271-288.
- Mosquera, M., Zapata, Y., Lee, K., Arango, C., & Varela, A. (2001). Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Policy and Planning*, 16 Suppl 2, 52-60.
- Murthy, R. K., & Klugman, B. (2004). Service accountability and community participation in the context of health sector reforms in Asia: implications for sexual and reproductive health services. *Health Policy and Planning*, 19 Suppl 1, i78-i86.
- Nakamura, Y., & Siregar, M. (1996). Qualitative assessment of community participation in health promotion activities. *World Health Forum*, 17(4), 415-417.
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine*, 52(3), 481-491.
- Naylor, P.-J., Wharf-Higgins, J., Blair, L., Green, L., & O'Connor, B. (2002). Evaluating the participatory process in a community-based heart health project. *Social Science & Medicine*, 55(7), 1173-1187.

- Neuwelt, P., Crampton, P., Crengle, S., Dew, K., Dowell, A., Kearns, R., et al. (2005). Assessing and developing community participation in primary health care in Aotearoa New Zealand: a national study. *N Z Med J*, *118*(1218), U1562.
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, *5*(1), 14-37.
- Nonaka, I., & Toyama, R. (2003). The knowledge-creating theory revisited: knowledge creation as a synthesizing process. *Knowledge Management Research*, *1*, 2-10.
- North, N., & Werko, S. (2002). Widening the debate? Consultation and participation in local health care planning in the English and Swedish health services. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, *32*(4), 781-798.
- O'Neill, M. (1992). Community participation in Quebec's health system: a strategy to curtail community empowerment? *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, *22*(2), 287-301.
- Olesen, T. (2005). Transnational Publics: New Spaces of Social Movement Activism and the Problem of Global Long-Sightedness. *Current Sociology*, *53*(3), 419-440.
- Olico-Okui (2004). Community participation: An Abused concept? *Health Policy and Development*, *2*(1), 7-10.
- Oliveira, V. (2004). Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade*, *13*, 56-69.
- Oliver (2008). A multidimensional conceptual framework for analysing public involvement in health services research. *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, *11*(1), 72-84.
- Peck, E. (1998). Integrity, ambiguity or duplicity? NHS consultation with the public. *Health Serv Manage Res*, *11*(4), 201-210.
- Peiro-Moreno, S., & Tarrazona-Hervas, V. (1992). Posibilidades de participación de las corporaciones locales en la gestión de servicios sanitarios. *Gaceta sanitaria*, *6*(32), 225-228.
- Pessoto, U. C., Nascimento, P. R., & Heimann, L. S. (2001). A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *17*(1), 89-97.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Piette, D. (1990). Community participation in formal decision-making mechanisms. *Health Promotion International*, *5*(3), 187-197.



- Pinillos, M., & Antoñanzas, F. (2002). La Atención Primaria de Salud: descentralización y eficiencia. *Gaceta Sanitaria*, 16, 401-407.
- Piron, F. (2000). Responsabilité pour autrui et savoir scientifique. *Éthique publique*, 2(2), 115-126.
- Plochg, T., Delnoij, D. M., Hoogedoorn, N. P., & Klazinga, N. S. (2006). Collaborating while competing? The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership. *BMC Health Serv Res*, 6, 37.
- Plottu, B., & Plottu, E. (2009). Approaches to Participation in Evaluation: Some Conditions for Implementation. *Evaluation*, 15(3), 343-359.
- Pomey, M.-P., & Dubois, C. A. (2007). L'analyse comparative des systèmes de santé: réformes et enjeux. In M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (pp. 133-156). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-210). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Preskill, H., Zuckerman, B., & Matthews, B. (2003). An Exploratory Study of Process Use: Findings and Implications for Future Research. *American Journal of Evaluation*, 24(4), 423-442.
- Price, D. (2000). Choices without reasons: citizens' juries and policy evaluation. *Journal of Medical Ethics*, 26(4), 272-276.
- Quantz, D., & Thurston, W. E. (2006). Representation strategies in public participation in health policy: The Aboriginal Community Health Council. *Health Policy*, 75(3), 243-250.
- Quennell, P. (2001). Getting their say, or getting their way? Has participation strengthened the patient "voice" in the National Institute for Clinical Excellence? *Journal of Management in Medicine*, 15(3), 202-219.
- Ramiro, L. S., Castillo, F. A., Tan-Torres, T., Torres, C. E., Tayag, J. G., Talampas, R. G., et al. (2001). Community participation in local health boards in a decentralized setting: cases from the Philippines. *Health Policy and Planning*, 16 Suppl 2, 61-69.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). (2006). *Handbook of Action Research*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Reynaud, J.-D. (1989). *Les Règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin.
- Reynaud, J.-D. (1999). *Le conflit, la négociation et la règle. 2e édition augmentée*. Toulouse: Octarès Éditions.

- Richard, L., Breton, É., Lehoux, P., Martin, C., & Roy, D. (1999). La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*, 90(2), 99-103.
- Rifkin, S. B. (1996). Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Tropica*, 61(2), 79-92.
- Rifkin, S. B. (2001). Ten best readings on community participation and health. *African Health Sciences*, 1(1), 42-45.
- Rifkin, S. B., Muller, F., & Bichmann, W. (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social Science & Medicine*, 26(9), 931-940.
- Ritchie, D., Parry, O., Gnich, W., & Platt, S. (2004). Issues of participation, ownership and empowerment in a community development programme: tackling smoking in a low-income area in Scotland. *Health Promotion International*, 19(1), 51-59.
- Rogers, P. J. (2008). Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation*, 14(1), 29-48.
- Rosen, P. (2006). Public dialogue on healthcare prioritisation. *Health Policy*, 79(1), 107-116.
- Rossi-espagnet, A. (1983). Primary health care in the context of rapid urbanization. *Community Development Journal*, 18(2), 104-119.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). Expressing and Assessing Program Theory. In P. H. Rossi, M. W. Lipsey & H. E. Freeman (Eds.), *Evaluation: A Systematic Approach* (7th ed., pp. 133-152). Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications.
- Rowe, G., & Frewer, L. J. (2005). A Typology of Public Engagement Mechanisms. *Science Technology Human Values*, 30(2), 251-290.
- Rowe, R., & Shepherd, M. (2002). Public Participation in the New NHS: No Closer to Citizen Control? *Social Policy and Administration*, 36, 275-290.
- Ruelas, E. (2006). Citizens' quality councils: an innovative mechanism for monitoring and providing social endorsement of healthcare providers' performance? *Healthcare Papers*, 6(3), 33-37; discussion 58-61.
- Ryan, K. E., & Destefano, L. (2001). Dialogue as a Democratizing Evaluation Method. *Evaluation*, 7(2), 188-203.
- Sanchez-Moreno, A., Ballesta Cervantes, C., Hernandez Garcia, A. M., Hellin Gomez, E., Ramos Garcia, E., Sanchez Estevez, V., et al. (1991). La formación sanitaria en la educación de adultos como instrumento para la participación comunitaria. Análisis de una experiencia en La Nora (Murcia). *Atencion Primaria*, 8(11), 942-946.

- Sanderson, I. (2000). Evaluation in Complex Policy Systems. *Evaluation*, 6(4), 433-454.
- Sassen, S. (2004). Local Actors in Global Politics. *Current Sociology*, 52(4), 649-670.
- Schwab, M., & Syme, S. L. (1997). On paradigms, community participation, and the future of public health. *Am J Public Health*, 87(12), 2049-2051; discussion 2051-2042.
- Serapioni, M., & Romani, O. (2006). Potencialidades e desafios da participação em instancias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Italia, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2411-2421.
- Shepperd, J. D. (1977). Consumer participation in community health programs: a comparative analysis of two programs. *J Natl Med Assoc*, 69(2), 115-119.
- Siles-Roman, D. (1992). Nuevas perspectivas en participacion comunitaria: dar poder a los pacientes. *Atencion Primaria*, 9(3), 166-168.
- Silva, S. F. d. (2001). *Municipalização da saúde e poder local. Sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Singer, M. A. (1995). Community participation in health care decision making: is it feasible? *Canadian Medical Association Journal*, 153(4), 421-424.
- South, J., Fairfax, P., & Green, E. (2005). Developing an assessment tool for evaluating community involvement. *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 8(1), 64-73.
- Springett, J. (2001). Appropriate approaches to the evaluation of health promotion. *Critical Public Health*, 11(2), 139-151.
- Springett, J. (2002). Issues in participatory evaluation. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.), *Community based Participatory Research in Health*. San Francisco (CA): Jossey Bass.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 435-454). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Streck, D. R., & Adams, T. (2006). Lugares da participação e formação da cidadania. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 95-117.
- Suarez-Herrera, J. C. (2008). L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine. In V. Ridde & K. Mohindra (Eds.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec* (pp. 41-56). Montréal: Acfas.

- Suarez-Herrera, J. C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A.-P. (Sous-presse). Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive. Le cas des conseils locaux de santé au Brésil. *Nouvelles pratiques sociales*.
- Suarez-Herrera, J. C., O'Shanahan Juan, J. J., & Serra-Majem, L. (2009). La participación social como estrategia central de la Nutrición Comunitaria para afrontar los desafíos asociados a la transición nutricional. *Revista Espanola de Salud Publica*, 83(6), 791-803.
- Suarez-Herrera, J. C., Springett, J., & Kagan, C. (2009). Critical Connections between Participatory Evaluation, Organizational Learning and Intentional Change in Pluralistic Organizations. *Evaluation*, 15(3), 321-342.
- Swan, J., Scarbrough, H., & Robertson, M. (2002). The Construction of 'Communities of Practice' in the Management of Innovation. *Management Learning*, 33(4), 477-496.
- Teixeira, C. F., & Solla, J. P. (2006). *Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família*. Salvador: Edufba.
- Teixeira, E. C. (1997). As dimensões da participação cidadã. *Caderno CRH*, 26/27, 179-209.
- Thurston, W. E., Graham, J., & Hatfield, J. (2003). Evaluability Assessment: A Catalyst for Program Change and Improvement. *Evaluation & The Health Professions*, 26(2), 206-221.
- Thurston, W. E., MacKean, G., Vollman, A., Casebeer, A., Weber, M., Maloff, B., et al. (2005). Public participation in regional health policy: a theoretical framework. *Health Policy*, 73(3), 237-252.
- Thurston, W. E., & Potvin, L. (2003). Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation*, 9(4), 453-469.
- Tickner, J. A. (2001). Democratic participation: a critical element of precautionary public health decision-making. *New solutions : a journal of environmental and occupational health policy*, 11(2), 93-111.
- Torres, R. T., & Preskill, H. (2001). Evaluation and Organizational Learning: Past, Present, and Future. *American Journal of Evaluation*, 22(3), 387-395.
- Tremblay, M. (2004). Droits, santé et participation démocratique. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 41-49.
- Trevisan, M. S. (2007). Evaluability Assessment From 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation*, 28(3), 290-303.
- Ugalde, A. (1985). Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs. *Social Science & Medicine*, 21(1), 41-53.

- Vaast, E. (2004). O Brother, Where are Thou?: From Communities to Networks of Practice Through Intranet Use. *Management Communication Quarterly*, 18(1), 5-44.
- Valla, V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, S07-S18.
- Van Stralen, C., Lima, Â.-M., Fonseca-Sobrinho, D. d., Saraiva, L., Van Stralen, T., & Belisário, S. (2006). Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 621-632.
- Vargas-Côrtes, S. M. (2002). Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, 18-49.
- Vartiainen, P. L. (2002). On the Principles of Comparative Evaluation. *Evaluation*, 8(3), 359-371.
- Vazquez, M. L., Siqueira, E., & Kruze, I. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 30-38.
- Vuori, H. (1984). Overview--community participation in primary health care: a means or an end? *Public Health Reviews*, 12(3-4), 331-339.
- Wallerstein, N. (1999). Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities. *Social Science & Medicine*, 49(1), 39-53.
- Wallerstein, N. (2000). A Participatory Evaluation Model for Healthier Communities: Developing Indicators for New Mexico. *Public Health Reports. Focus on Healthy Communities*, 115(2 & 3), 199-204.
- Walsh, M., Grant, G., & Coleman, Z. (2008). Action research--a necessary complement to traditional health science? *Health Care Analysis*, 16(2), 127-144.
- Weaver, L., & Cousins, J. B. (2004). Unpacking the Participatory Process. *Journal of Multidisciplinary Evaluation*, 1, 19-40.
- Webler, T., & Tuler, S. (2006). Four Perspectives on Public Participation Process in Environmental Assessment and Decision Making: Combined Results from 10 Case Studies. *Policy Studies Journal*, 34(4), 699-722.
- Webler, T., Tuler, S., & Krueger, R. (2001). What Is a Good Public Participation Process? Five Perspectives from the Public. *Environmental Management*, 27(3), 435-450.
- Weiss, C. H. (1998). Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation? *American Journal of Evaluation*, 19(1), 21-33.

- Wendhausen, Á. (2006). Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 697-704.
- Wendhausen, Á., Barbosa, T. M., & Borba, M. C. (2006). Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. *Saúde e Sociedade*, 15, 131-144.
- Wendhausen, Á., & Caponi, S. (2002). O diálogo e a participação em um conselho local de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1621-1628.
- Wenger, E., McDermott, R., & Snyder, W. M. (2002). *Cultivating Communities of Practice*. Boston: Harvard Business School Press.
- Weyland, K. (1995). Social movements and the State: The Politics of health reform in Brazil. *World Development*, 23(10), 1699-1712.
- White, S. (1996). Depoliticising development: the uses and abuses of participation. *Development in Practice*, 6(1), 6-15.
- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata: WHO Regional Office for Europe.
- Wholey, J. S. (1982). L'appréciation de l'évaluabilité d'un programme. In R. Lecompte & L. Rutman (Eds.), *Introduction aux méthodes de recherche évaluative* (pp. 47-64). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Woelk, G. B. (1992). Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes. *Social Science & Medicine*, 35(4), 419-424.
- Yassi, A., Fernandez, N., Fernandez, A., Bonet, M., Tate, R. B., & Spiegel, J. (2003). Community participation in a multisectoral intervention to address health determinants in an inner-city community in central Havana. *Journal of Urban Health*, 80(1), 61-80.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research : Design and Methods*, 4<sup>th</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zajac, G., & Bruhn, J. G. (1999). The Moral Context of Participation in Planned Organizational Change and Learning. *Administration Society*, 30(6), 706-733.
- Zakus, J. D. (1998). Resource dependency and community participation in primary health care. *Social Science & Medicine*, 46(4-5), 475-494.
- Zakus, J. D., & Lysack, C. (1998). Review article. Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13(1), 1-12.
- Zimmerman, M. A. (1990). Citizen participation in rural health: a promising resource. *Journal of Public Health Policy*, 11(3), 323-340.

## Article 1

# **Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive. Le cas des conseils locaux de santé au Brésil**

Auteurs : José Carlos Suárez Herrera  
François Champagne  
André-Pierre Contandriopoulos

Suarez-Herrera, J. C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A.-P. (Sous-presse). Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive. Le cas des conseils locaux de santé au Brésil. *Nouvelles pratiques sociales*.

Cet article a été soumis à la revue *Nouvelles Pratiques Sociales* le 21 octobre 2009 et il a été accepté le 14 juin 2010 pour sa publication dans le numéro 1 du volume 23 de cette revue. Il constitue le *postulat conceptuel* de départ de la thèse doctorale qui vient justifier la pertinence de la mise en œuvre du projet de recherche empirique. À la lumière des théories de la modernisation réflexive, cet article présente l'alignement des éléments conceptuels et opérationnels nécessaires pour examiner les transformations globales associées à la mondialisation institutionnelle des sociétés modernes et leur influence sur l'intégration organisationnelle des pratiques participatives dans la gouverne des conseils locaux de santé (CLS).

## I. INTRODUCTION

Nous sommes dans un processus de modernisation d'une ampleur inouïe, entre autres, par l'expansion formidable des institutions contemporaines et leur influence radicale sur les pratiques sociales. L'internationalisation des marchés économiques, le progrès industriel et les mécanismes d'hégémonie politique et militaire, associés à la délocalisation des pratiques sociales et à l'appropriation réflexive des savoirs, engendrent des risques incontrôlables pour la santé et le bien-être des populations. La société civile prend graduellement conscience de ces risques et le sentiment d'insécurité s'amplifie drastiquement, ce qui laisse apparaître une attitude de défiance citoyenne envers la compétence technique des systèmes experts des sociétés modernes. Ceux-ci, dans un effort de rétablir la confiance générale envers leurs représentants, ouvrent des points d'accès permettant la confluence simultanée de savoirs et d'intérêts multiples qui sont constamment modifiables en fonction de nouvelles connaissances.

À la lumière des théories de la modernisation réflexive (Beck, 2001; Giddens, 1994), nous présentons l'alignement des éléments conceptuels et opérationnels qui nous semblent nécessaires pour examiner les transformations permanentes d'un phénomène global (la mondialisation institutionnelle des sociétés modernes) et leur influence sur l'intégration organisationnelle d'une pratique sociale au niveau local (la participation communautaire). À titre d'illustration, nous prenons le cas des conseils locaux de santé (CLS), étendards du processus de décentralisation du Système unique de santé (SUS) du Brésil. Pour ce faire, la méthode de cet article a été articulée par la révision de plusieurs études de cas faisant partie de la littérature empirique. La recension des écrits s'est centrée sur deux plateformes de bases de données bibliographiques (OvidSP et Maestro) ainsi que sur un ensemble de journaux scientifiques classés par thématiques diverses qui sont associées aux différentes sections de l'article. Les années de recherche ont couvert essentiellement la période des années 2000, bien



que, étant donné leur pertinence, nous avons choisi quelques articles correspondant aux années 1990.

Le logiciel de gestion bibliographique End-Note X3 nous a permis de créer et gérer une base de données afin de trier et d'utiliser les références bibliographiques sélectionnées, qu'elles soient sous forme d'articles, d'ouvrages ou même de sites web concernant des publications scientifiques. End-Note X3 nous a également permis de générer automatiquement une liste bibliographique à la fin du texte. Cette base de données compilait un total de 70 références bibliographiques parmi lesquelles 28 articles scientifiques et chapitres de livre ont été intégrés dans les différentes sections de cet article. Le choix des textes qui ont servi à cette recension des écrits n'a pas été basé uniquement sur l'exhaustivité ou fait à partir d'un décompte terminé de catégories de recherche, mais plutôt dans l'intention de trouver le fil conducteur d'un argumentaire qui se construit autour des lignes de réflexion critique sous-jacentes à cet article.

En guise de conclusion, nous défendons l'idée que les CLS constituent un espace institutionnel intéressant nous permettant l'observation des lignes de tension paradoxales associées aux enjeux organisationnels pour une intégration plus démocratique de la participation communautaire dans le champ complexe de la santé publique contemporaine. Ces forces qui sont en principe contradictoires, mais potentiellement complémentaires, s'avèrent essentielles pour le processus de renouvellement organisationnel des pratiques d'action et d'intervention participatives dans les sociétés modernes.

## **II. LA MONDIALISATION RÉFLEXIVE DES SOCIÉTÉS MODERNES**

Discernée à partir d'un processus d'expansionnisme institutionnel, la mondialisation de la modernité se traduit par le développement d'une économie capitaliste à l'échelle internationale, une division multinationale de l'industrie du travail, un système global d'États-nations qui assure une surveillance régulatrice

et, enfin, un ordre militaire mondial qui est en pleine progression (Giddens, 1994 : 77). Ce phénomène émerge comme un processus sans précédent, par l'essor extraordinaire des institutions contemporaines qui sont intimement interalliées entre elles et opèrent simultanément sur les plans local et international.

**a. Les rouages de la mondialisation institutionnelle de la modernité**

À la base de ces arrangements institutionnels, Giddens (1994 : 69) discerne trois sources interdépendantes du dynamisme expansionniste de la modernité qui étaient pourtant traditionnellement écartées : la *dissociation spatio-temporelle*, la *délocalisation des relations sociales* et la *réorganisation réflexive des savoirs*. Ce sont des conditions aux transitions sociales contemporaines sans lesquelles cette expansion infaillible de la modernité n'aurait probablement pas eu lieu d'une façon aussi radicale, rapide et globale.

D'abord, la *dissociation de l'espace et du temps*. Dans les sociétés traditionnelles, le temps et l'espace étaient étroitement ancrés dans des contextes locaux. Contrairement, dans les sociétés modernes, le temps et l'espace se séparent foncièrement l'un de l'autre et se transforment dans des dimensions vides et standardisées, ce qui permet une reconstruction multidimensionnelle des rapports sociaux (Martuccelli, 1999) et l'émergence continue de nouvelles pratiques sociales. Plus précisément, ces changements dans le rapport espace-temps affectent directement la *localisation* des pratiques sociales dans des contextes particuliers de coprésence (Giddens, 1994), ce qui nous amène à envisager la complexité des relations de symétrie entre les *interactions sociales locales* (bâties dans la proximité) et les *dynamiques institutionnelles globales* (forgées dans la distance). Il s'agit-là d'un processus dialectique, puisque des événements locaux forment graduellement un réseau complexe de rapports sociaux à portée globale.

Ensuite, cette scission spatio-temporelle est la condition première du processus de *délocalisation des relations sociales* de leurs contextes locaux d'interaction. Regroupées sous la dénomination de *systèmes abstraits*, Giddens (1994 : 30) distingue deux dynamiques de délocalisation inhérentes au processus d'expansion des institutions contemporaines : d'une part, la création de *gages symboliques*, des instruments d'échange pouvant circuler à tout moment en dehors des spécificités propres des individus qui les utilisent (ex. l'argent). Et d'autre part, l'établissement des *systèmes experts*, des domaines techniques ou de savoir-faire professionnel concernant de vastes secteurs de notre environnement social ou technique et au sujet desquels les usagers ne connaissent ni leurs principes ni leurs méthodes (ex. la santé publique).

Enfin, la *réorganisation réflexive des savoirs*, qui nous amène à la révision constante des pratiques sociales en fonction des informations acquises au sujet de ces pratiques mêmes, ce qui les transforme dans leurs principes fondamentaux. Dans toutes les cultures, les pratiques sociales sont quotidiennement modifiées à la lumière des contributions apportées par les découvertes en cours (Giddens, 1994 : 45). Mais la révision des pratiques routinières se radicalise notamment dans la modernité et s'applique dans tous les aspects de la vie humaine, y compris les pratiques d'action et d'intervention sociales. Cependant, cette application réflexive des connaissances faite par les acteurs sociaux sur leurs propres pratiques n'équivaut pas nécessairement à un meilleur contrôle de leur destinée, car ces connaissances restent susceptibles d'être remises en question.

### **b. La constitution de la société du risque**

Ces dynamiques sociales, tout en permettant l'expansion inéluctable des institutions de la modernité, favorisent l'émergence de risques d'une ampleur jamais vue. Ici, la perception du risque est intimement associée à la réflexion croissante autour des pratiques sociales et leurs conséquences, ce qui implique un détachement de la perspective fataliste du risque dominante dans la

société traditionnelle. Nous rentrons alors dans ce que Beck (2001) dénomme la *société du risque* ; une étape de la modernité dans laquelle les risques contemporains produits par une activité industrielle à grande échelle se soustraient de plus en plus aux instances de contrôle et de sécurité traditionnelles. Par l'intensité de cette production industrielle, les garanties de protection institutionnelle ne sont plus possibles, ce qui amène une perte de crédibilité envers la compétence technique et le savoir scientifique des systèmes experts.

Dépourvus donc de l'aura protectrice des institutions traditionnelles, nous avons une multitude de risques à négocier, donc de décisions à prendre. C'est dans ce contexte que les sociétés modernes deviennent réflexives. Ce processus de *modernisation réflexive* amène une crise de la rationalité et la généralisation de l'incertitude, ainsi que l'apparition de nouvelles contradictions et de nouveaux risques (Mehta, 1998). Avec le dépassement sur le plan politique de la polarité gauche-droite, on détecte le jaillissement de nouvelles lignes de tension paradoxales à différents niveaux de complexité, façonnant de nouveaux axes de conflit et des jalons innovateurs pour l'action collective.

Ce contexte paradoxalement mondialisé, favorise le démantèlement des institutions sociales intermédiaires (ex. famille, travail, communauté) qui organisent les pratiques quotidiennes des individus (Laurin, 1999) et les substituent par de formes individualisées de pratiques sociales, ce qui donne lieu à une substitution de l'action collective par de réponses singulières qui augmentent l'incertitude et l'imprévisibilité des sociétés modernes dans leur ensemble. De ce fait, le sentiment d'insécurité s'amplifie de façon drastique et la perplexité citoyenne se généralise. On prend graduellement conscience de l'existence des risques associés aux décisions les plus quotidiennes, tels l'alimentation, le travail ou même la participation. La société du risque marque donc une nouvelle étape de la modernité dans la mesure où elle est en même temps la condition et la conséquence d'une défiance citoyenne irréductible face aux représentants des systèmes experts. Alors que ceux-ci étaient, auparavant,

censés apporter bien-être et sécurité, ils sont aujourd'hui perçus comme producteurs de risques et de menaces.

### c. Une confiance « aveugle » envers les systèmes experts

La construction des rapports de confiance dans un contexte de modernisation réflexive passe par le passage dialectique et incontournable entre des pratiques sociales délocalisées de leurs contextes de coprésence et des dynamiques institutionnelles abstraites et amplement mondialisées qui génèrent d'innombrables situations à risque. Dans ce contexte expansionniste d'institutionnalisation de la modernité, les systèmes experts contemporains influencent de façon déterminante le formatage de toute pratique sociale et deviennent paradoxalement les dépositaires de la confiance inconditionnelle des individus, même si ces derniers ne connaissent que très vaguement les fondements de leurs procédés de fonctionnement.

Cette « confiance aveugle » envers les systèmes experts suppose donc une acceptation répandue des situations à risque qui est axée sur deux types de garanties de crédibilité (Giddens, 1994) : le premier est la *fiabilité des intervenants*, articulé autour des interactions face à face entre les parties prenantes et pour lesquelles la confiance est justifiée par une relation prolongée de coprésence ; le deuxième est l'*intégrité du savoir expert*, prenant forme à travers des interactions anonymes, qui présupposent le bien-fondé et la compétence d'exécution des systèmes experts.

Cependant, la dissociation spatio-temporelle et la délocalisation progressive des pratiques sociales constituent actuellement une entrave importante au développement d'environnements à interaction sociale constante et donc au renforcement de relations de coprésence. Ceci nous amène progressivement à la recherche d'un sentiment de confiance fondé sur l'intégrité du savoir expert des domaines institutionnels qui, de sa part, ne donne qu'une réponse insuffisante à nos besoins innés de sécurité ontologique. Dès lors que les contacts entre les

divers groupes sociaux et les représentants des systèmes experts, sous la forme de rencontres à certains « points d'accès », se trouvent particulièrement importants dans les sociétés modernes. Il s'agit-là d'un processus de *relocalisation* des pratiques sociales, c'est-à-dire : « *la réappropriation ou distribution de rôles dans les relations sociales délocalisées, visant à enraciner ces dernières (même partiellement ou provisoirement) dans un contexte spatio-temporel local* » (Giddens, 1994 : 85). La relocalisation des pratiques sociales représente ici un moyen essentiel de retrouver la confiance dans la fiabilité des représentants des systèmes experts tout en encourageant l'établissement d'interactions face à face entretenues dans des contextes de coprésence.

### **III. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE DANS LE MOUVEMENT DÉMOCRATIQUE DES CLS AU BRÉSIL**

L'enjeu de l'intégration de la participation communautaire dans les processus de gouvernance de la santé publique contemporaine doit être examiné, à la lumière des théories de la modernisation réflexive, dans des contextes organisationnels spécifiques. Ceci nous permettra de mettre en lien les fondements essentiels du discours de la nouvelle santé publique (Petersen et Lupton, 1996) avec la réalité concrète telle qu'elle se pratique dans l'intervention quotidienne. Nous centrerons donc notre intérêt sur l'expérience de décentralisation du « *Sistema Único de Saúde* » (SUS) qui est actuellement en cours de réalisation au Brésil. Avant la réforme constitutionnelle de 1988, le SUS était fortement centralisé et il montrait très peu d'attention à l'action communautaire. C'était en 1986, lors de la *VIII Conférence Nationale de Santé* – un événement primordial qui a mobilisé plusieurs secteurs de la société civile – qu'ont été développées les nouvelles stratégies adoptées par la Constitution Fédérale de 1988 dans le processus d'institutionnalisation du SUS (Carvalho, 1998). Dans ce nouveau modèle brésilien de gouvernance, la participation communautaire occupe une place de choix en étant formellement inscrite comme l'un de ses principes structurants. L'actualisation de ce principe au quotidien est fondée sur la conviction profonde, partagée par un nombre croissant d'acteurs de

ce système expert, que le processus de production de la santé-maladie est déterminé socialement.

Pour ces acteurs, la gouverne du système de santé implique le développement de concertations fécondes entre les gestionnaires publics, les différents partenaires et la population elle-même. Deux grandes stratégies de participation communautaire sont alors privilégiées : d'une part, l'engagement des acteurs sociaux, sous différentes formes, aux processus de territorialisation, de définition des problèmes et des besoins, et de formulation des priorités et des plans d'évaluation des résultats obtenus; et, d'autre part, l'engagement des acteurs sociaux, sous la forme plus particulière d'une délégation formelle de certains de ses membres à des dispositifs de consultation populaire, comme les *conseils municipaux de santé* (Gerschman, 2004; Labra et Figueiredo, 2002; Morita, Guimarães et Di Muzio, 2006; Oliveira *et al.*, 1999) ou même, dans certaines expériences novatrices, des instances plus rapprochées des unités territoriales de santé : les *conseils locaux de santé (CLS)* (Pessoto, Nascimento et Heimann, 2001; Serapioni et Romani, 2006; Wendhausen et Caponi, 2002). Les CLS interviennent dans la formulation de stratégies de politiques de santé et dans le contrôle de la mise en pratique de ces politiques, tout en prenant charge également des aspects économiques et financiers. Le SUS établit le caractère permanent et délibératif de ces organismes, intégrés par des représentants du gouvernement local, des fournisseurs de services de soins – privés ou à buts non lucratifs –, des représentants des professionnels de la santé et des usagers. Ces derniers constituent la moitié des représentants du CLS tandis que l'autre moitié est partagée parmi les membres des autres catégories.

À titre d'illustration, nous prenons en considération les résultats faisant partie de la littérature empirique existante autour de plusieurs études de cas sur les CLS, étendards du processus de décentralisation du SUS du Brésil. Ceci nous permettra sans doute une observation plus étendue des lignes de tension paradoxales associées aux enjeux inhérents à une intégration plus démocratique

de la participation communautaire dans le champ complexe de la santé publique contemporaine. De cette façon, dans l'optique de cet article nous faisons référence à plusieurs expériences concrètes illustrant nos propos autour des enjeux organisationnels de nature paradoxale qui sont au cœur de notre discussion et qui tiennent compte des facteurs contextuels façonnant le processus d'intégration organisationnelle de la participation communautaire dans la gouverne des CLS.

#### **IV. DES ENJEUX ORGANISATIONNELS INHÉRENTS À UNE INTÉGRATION PLUS DÉMOCRATIQUE DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ PUBLIQUE**

Les CLS constituent a priori un espace privilégié pour l'implication de la société civile au développement de son bien-être intégral. Ils représentent une stratégie clé pour répondre de façon démocratique aux changements que les dynamiques expansionnistes des institutions modernes exigent du système expert de la santé publique. Ainsi, la réflexion autour du processus d'intégration de la participation communautaire dans les CLS n'a de sens que si l'on reconnaît une interdépendance dialectique avec les influences contextuelles qui déterminent leur façonnement. Tout en considérant les phénomènes associés au processus de mondialisation réflexive des sociétés modernes, de même que la complexité des échanges qui tiennent lieu dans les points d'accès des systèmes experts contemporains, nous sommes persuadés que la création dans les CLS d'un processus démocratique renforçant la participation des acteurs concernés constitue un noyau privilégié pour certains enjeux de type organisationnel que nous conseillons fortement de prendre en considération.

Le dynamisme expansionniste des institutions modernes et la transformation constante des pratiques participatives contemporaines sont associés, entre autres, à des phénomènes concernant la délocalisation des rapports sociaux de leur contexte local d'action, l'organisation et la réorganisation réflexives des savoirs pratiques, l'émergence inévitable à l'échelle mondiale de risques incontrôlables et, enfin, l'institutionnalisation des rapports de confiance



dans les points d'accès des systèmes experts. Nous chercherons donc les implications de ces phénomènes globaux sur le processus d'intégration locale de la participation communautaire dans les CLS, qui sont présentement mis en place lors du processus de décentralisation du SUS brésilien. Par « intégration » Giddens (1987 : 77) comprend la réciprocité de pratiques entre des acteurs ou des collectivités liés par des relations d'autonomie et de dépendance. Étant donné le caractère complexe des systèmes experts contemporains, cette intégration ne peut se manifester que si un « travail d'organisation » consciencieux, fondé sur des relations d'interdépendance, est mis en place : on s'attarde ainsi aux enjeux organisationnels du processus d'intégration de la participation communautaire dans les CLS, dont le principe fondamental représente l'idéal démocratique de la santé publique.

- Premièrement, *la délocalisation des rapports sociaux de leur contexte local d'action.*

Les stratégies d'opérationnalisation de la participation communautaire dans le domaine de la santé publique ont été traditionnellement ancrées sur la notion de « communauté », qui à son tour a été appuyée sur une conception géopolitique, stable et homogène du « territoire » (Petersen et Lupton, 1996 : 163). C'est bien le cas des CLS au Brésil, qui font partie d'un processus de décentralisation du SUS fortement axé sur la spécification d'unités territoriales de proximité (Gerschman, 2004; Labra et Figueiredo, 2002). La territorialisation du système de santé brésilien semble ainsi s'imposer comme une nécessité de premier ordre face au système centralisé qui était en vigueur auparavant (Pessoto, Nascimento et Heimann, 2001; Wendhausen, 2006).

Ici, la problématique de la distanciation spatio-temporelle nous suggère d'envisager de façon critique les relations complexes entre des interactions locales de type territorial et des phénomènes globaux situés au-delà des territoires de proximité. Ainsi, le résultat de ce processus dialectique entre des

pratiques locales et des forces globales ne donne pas lieu nécessairement à un ensemble homogène de changements souhaités dans un contexte géographique immuable, en agissant dans un sens uniforme. Il s'agit plutôt, comme c'est le cas du nord-est brésilien (Bispo-Junior et Sampaio, 2008; Oliveira *et al.*, 1999; Vázquez *et al.*, 2003) de tendances mutuellement contradictoires, voire opposées, aux frontières floues et perméables, fondées sur un ensemble de rapports sociaux paradoxaux qui se tissent simultanément parmi les secteurs impliqués dans des situations de proximité et de distance.

Étant donné la diversité culturelle et la complexité de leur constitution, les CLS n'expriment plus uniquement des pratiques et des comportements participatifs géographiquement localisés et associés à une identité collective dominante, mais sont également marqués par des complexes influences délocalisées provenant de lieux fort éloignés (da Silva et Labra, 2001; Labra et Figueiredo, 2002; Wendhausen, 2006). Les CLS deviennent simultanément un espace complexe et propice pour le renforcement des revendications participatives d'autonomie locale et d'interdépendance transculturelle globale, façonnant les dynamiques dialectiques ayant lieu entre une multiplicité croissante d'acteurs concernés (Valla, 1998).

- Deuxièmement, *l'organisation et réorganisation réflexives des savoirs pratiques.*

La pléthore des risques modernes, qu'ils soient écologiques, médicaux, alimentaires, industriels ou autre, et la complexité de leur nature laissent le système expert de la santé publique particulièrement démuni face aux revendications de protection sociale et de sécurité citoyenne en matière de santé. Ce fait renforce l'apparition de nouvelles scènes dans lesquelles la gestion des risques modernes – un des leitmotifs du discours et des pratiques de la nouvelle santé publique – s'organise socialement (Pellizzoni, 1999). Dans les CLS brésiliens, il y a présentement une relation dialectique entre la façon selon

laquelle la santé publique gère socialement ces risques et la façon selon laquelle une diversité croissante d'acteurs sociaux participe à cette gestion (Bispo-Junior et Sampaio, 2008; da Silva et Labra, 2001; Pessoto, Nascimento et Heimann, 2001; Vázquez *et al.*, 2003; Wendhausen, 2006).

Les structures formelles d'encadrement mises en place par le SUS pour faciliter le processus d'implantation des CLS doivent faire face à une complexité organisationnelle grandissante (Pessoto, Nascimento et Heimann, 2001). Les CLS, étant donné la multiplicité d'acteurs concernés dans leurs activités quotidiennes, constituent ainsi un scénario complexe où le savoir traditionnel et le savoir scientifique sont remplacés par des savoirs multiples et, surtout, constamment révisables à la lumière de nouvelles connaissances (Wendhausen, 2006). La gestion de risques dans les CLS est ainsi l'affaire de secteurs divers, allant du plus ou moins spécialisé. Les savoirs des différents secteurs sont, au moins partiellement, irréductibles les uns des autres, c'est-à-dire, l'espace social ouvert dans les CLS se caractérise par l'exclusion mutuelle entretenue par la différenciation des champs de pratiques des acteurs concernés (Martins *et al.*, 2008; Serapioni et Romani, 2006).

Ainsi, chaque fois qu'un acteur entre en relation avec les autres, il n'est pas autant confronté par un niveau de savoirs différent qu'à d'autres modes de perception des risques et de recherche de leurs solutions. Les acteurs construisent individuellement leur propre perception des risques en fonction des connaissances produites de manière réflexive et qui sont orientées par la dissociation spatio-temporelle à laquelle ils sont soumis. Ces connaissances sont constamment révisées et actualisées. À partir du moment où les représentants du système expert de la santé publique découvrent de nouvelles sources de risque, et que les acteurs s'aperçoivent des nouvelles menaces à leur intégrité vitale, les normes de conduite sociale se transforment en même temps que de nouvelles pratiques d'action et d'intervention participatives sont mises en place.

- Troisièmement, *l'émergence inévitable à échelle mondiale de risques incontrôlables.*

Le risque semble apparaître dans les sociétés modernes comme un élément central des formes d'organisation du travail et des relations sociales contemporaines. Dans la mesure où la connaissance actuelle se renouvelle inlassablement, en nous plaçant dans une remise en question constante de nos valeurs traditionnelles, le scepticisme et le sentiment d'insécurité se trouvent largement répandus. Les institutions intermédiaires telles la famille, le travail et la communauté deviennent alors de moins en moins applicables (Laurin, 1999), et la délocalisation spatio-temporelle progressive des pratiques sociales oblige à un individu de plus en plus isolé à prendre continuellement de décisions importantes qui auront un impact sur sa vie quotidienne. L'individu est désormais appelé à se réaliser lui-même dans cette perspective individualiste, privilégiant notamment la prise de décisions individuelle et la performance de compétences (Parazelli, 2004).

Dans un contexte si contraignant, les individus sont dorénavant forcés de privilégier une dimension utilitariste de leurs décisions, tout en conduisant leurs stratégies participatives vers la résolution technique de problèmes à court terme et la prise de décisions immédiate. Ici, la participation est vue comme un moyen, un instrument : dans certains cas, les gestionnaires du système expert de la santé publique ont promu la participation communautaire dans les CLS afin de légitimer leurs intérêts et d'utiliser les ressources locales pour compenser les coûts (Guizardi et Pinheiro, 2006; Van Stralen *et al.*, 2006). Cette perspective a la tendance d'exclure les participants des processus réels de prise de décision lorsqu'elle les instrumentalise pour légitimer les projets implantés (Morita, Guimarães et Di Muzio, 2006; Serapioni et Romani, 2006).

En ce sens, le partage par le biais de la participation ne signifie pas nécessairement le partage effectif du pouvoir, mais peut-être que les tendances

utilitaristes prédominantes peuvent même venir renforcer une conception technocratique et démagogique du processus participatif (Maciel Filho et Araújo Jr, 2002). Ces inégalités dans les exercices et les rapports de pouvoir se font explicites par le biais de toute sorte de stratégies discursives où le langage joue un rôle fondamental. Selon Wendhausen et Caponi (2002) certaines stratégies discursives, qu'ils dénomment *hypercodifications*, apparaissent dans les CLS comme des véritables obstacles au dialogue, qui reste d'ailleurs généralement absent dans ces instances participatives. Ces hypercodifications font partie exclusive des jargons techniques des secteurs administratifs et politiques des CLS, ce qui constitue une entrave importante pour la démocratisation du processus d'intégration organisationnelle de la participation communautaire (Guizardi et Pinheiro, 2006; Serapioni et Romani, 2006; Wendhausen, 2006).

- Quatrièmement, *l'institutionnalisation des rapports de confiance dans les points d'accès des systèmes experts.*

Dans un contexte de délocalisation progressive des pratiques sociales, l'intégration organisationnelle de la participation communautaire dans les CLS représente un processus de relocalisation des pratiques participatives des acteurs concernés. Cette relocalisation implique la construction sociale de la confiance entre les parties prenantes qui s'engagent constamment dans une interaction mutuelle, ouverte et interdépendante. Un processus qui requiert du temps et qui ne se construit pas de manière définitive, mais se réalise dans des situations routinières de complexité et de diversité culturelle renforçant l'émergence d'une confiance pragmatique. Ces routines organisationnelles, essentielles pour le réajustement de la sécurité ontologique des parties prenantes, transforment les relations d'intimité par un processus dans lequel la reconstruction identitaire de soi devient un projet réflexif qui nous semble fort institutionnalisé et considérablement impersonnel.

Même si les rencontres entretenues dans les CLS sont normalisées et prennent l'apparence de rapports de confiance, celles-là ont souvent un caractère épisodique et sont fondées sur des contacts irréguliers qui répondent principalement aux exigences organisationnelles du SUS (Bispo-Junior et Sampaio, 2008; Wendhausen, 2006). Dans ce cadre régulateur et contraignant, les attitudes de confiance – mais aussi de défiance – envers les représentants du système expert de la santé publique sont fortement influencées par les expériences vécues dans les CLS (da Silva et Lana, 2004), de même que par la réactualisation constante des connaissances de la part des acteurs concernés. Dans l'exemple qui nous occupe, le fait que les CLS soient des lieux de tension entre le scepticisme et les savoirs des parties prenantes leur confère manifestement la qualité de *lieux de vulnérabilité* qui peuvent montrer les limites du SUS pour gérer effectivement l'émergence accrue des risques contemporains (Guizardi et Pinheiro, 2006; Van Stralen *et al.*, 2006).

De ce fait, l'intégration organisationnelle de la participation communautaire dans les CLS n'est pas donnée pour acquise, puisqu'elle peut être perçue comme une source de menaces importante pour l'image professionnelle des représentants du SUS et des instances gouvernementales, de telle sorte qu'elle est susceptible de générer plusieurs formes de réactions défensives et contraignantes (Bispo-Junior et Sampaio, 2008; Gerschman, 2004). De cette façon, au lieu de promouvoir une plus grande responsabilité dans tous les secteurs de la société civile, les CLS pourraient être conçus comme des dispositifs institutionnels de contrôle sur les mouvements sociaux participatifs qui s'organisent pour faire face à l'augmentation croissante des risques contemporains (Vargas-Cortes, 2002).

## V. EN GUISE DE CONCLUSION

Les sociétés modernes présentent actuellement un processus d'expansion institutionnelle hors du commun, tout en façonnant un panorama sociotechnique complexe et culturellement divers qui s'éloigne considérablement du trajet linéaire et localisé des sociétés traditionnelles. Ce panorama prend la forme d'un ensemble de dynamiques tous azimuts aux composantes floues, transitoires et remplies de contradictions, qui découle notamment de la dialectique spatio-temporelle des pratiques sociales et de l'appropriation réflexive des savoirs contemporains. Ces lignes de tension paradoxales investissent tous les aspects de l'action collective, reflétant un extraordinaire enchevêtrement des phénomènes à portée globale et des pratiques sociales locales, telles que les pratiques participatives. Quelques commentaires sur ces propos devraient suffire pour conclure notre lecture sur les enjeux modernes relatifs à l'intégration organisationnelle de la participation communautaire dans le champ complexe de la santé publique contemporaine.

L'actualisation constante de savoirs contemporains par la société civile conduit à la prise de conscience des limites de la compétence technique des systèmes experts, et plus précisément, de leurs représentants. Un sentiment de désarroi s'installe ainsi, graduellement, au sein des sociétés modernes où la perception de toute sorte de risques se construit socialement et se généralise de façon endémique. Le système expert de la santé publique, un des responsables légitimes de la gestion des risques modernes, ouvre progressivement ses portes à la société civile tout en créant des points d'accès sélectifs : des environnements qui renforcent l'interaction mutuelle entre les acteurs civils et les experts de la santé publique. Il s'agit-là d'une stratégie de relocalisation des pratiques participatives afin de rétablir la confiance envers la fiabilité des représentants d'un système expert qui ne répond que partiellement aux besoins actuels de sécurité populationnelle.

Les CLS, mis en place lors du processus de décentralisation du SUS au Brésil, représentent ainsi des points d'accès intéressants qui renferment dans leur fonctionnement tout un univers de lignes de tensions paradoxales accaparant toute notre attention. Ils nous permettent d'examiner la relation de caractère réciproque entre, d'une part, une approximation macrosociologique de la mondialisation institutionnelle, qui définit des tendances expansionnistes très générales des sociétés modernes, et d'autre part, un abord plus empirique permettant l'analyse en profondeur des pratiques d'action et d'intervention participatives plus spécifiques. De cette façon, en tant que points d'accès du système expert de la santé publique brésilienne, les CLS constituent simultanément des zones très dynamiques de déplacement et de relocalisation des pratiques participatives, de spécialisation technique et de réappropriation populaire des savoirs pratiques, d'autonomie individuelle et de contrôle organisationnel, de confiance personnelle et des liens anonymes, de sécurité ontologique et de vulnérabilité systémique, et enfin, d'acceptation pragmatique et d'engagement civique.

Le lieu de socialisation dialectique et transformatrice créé dans les CLS engendre en soi un sous-système d'organisation collective qu'il serait pertinent de documenter en profondeur afin de renforcer notre discernement au sujet des pratiques d'action et d'intervention participatives. Il s'agit, en fait, d'un espace de recherche et d'action idéal pour enrichir notre compréhension sur les enjeux relatifs à l'intégration organisationnelle de la participation communautaire dans le champ complexe de la santé publique contemporaine. Ceci pourrait certainement nous aider à construire collectivement l'expression réflexive et manifeste des valeurs démocratiques des sociétés modernes.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Beck, U. (2001). «*La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité.*», Paris: Flammarion.
- Bispo-Junior, J. P., et J. J. Sampaio (2008). «Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil», *Pan American journal of Public Health*, vol. 23, no 6, p. 403-409.
- Carvalho, I. A. (1998). «Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado», *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 3, no 1, p. 23-25.
- da Silva, I. F., et M. E. Labra (2001). «As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório», *Cadernos de Saude Publica*, vol. 17, no 1, p. 161-170.
- da Silva, M. A., et F. C. Lana (2004). «Como os enfermeiros percebem a sua atuação nos conselhos de saúde?», *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 57, no 1, p. 26-30.
- Gerschman, S. (2004). «Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares», *Cadernos de Saude Publica*, vol. 20, no 6, p. 1670-1681.
- Giddens, A. (1987). «*La constitution de la société*», Paris: Presses Universitaires de France.
- Giddens, A. (1994). «*Les conséquences de la modernité*», Paris: L'Harmattan.
- Guizardi, F. L., et R. Pinheiro (2006). «Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde», *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, no 3, p. 797-805.
- Labra, M. E., et J. Figueiredo (2002). «Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde», *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 7, no 3, p. 537-547.
- Laurin, N. (1999). «Le démantèlement des institutions intermédiaires de la régulation sociale. Vers une nouvelle forme de domination», *Sociologie et sociétés*, vol. XXXI, no 2, p. 65-72.
- Maciel Filho, R., et J. L. C. d. Araújo Jr (2002). «Discussing community participation in health: an approach from the Brazilian experience», *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, vol. 2, no 2, p. 91-103.
- Martins, P. C., R. M. M. Cotta, F. F. Mendes, S. d. C. C. Franceschinni, S. E. Priore, G. Dias et R. Siqueira-Batista (2008). «Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia», *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 18, no 1, p. 105-121.
- Martuccelli, D. (1999). «*Sociologies de la modernité. L'itinéraire du XX<sup>e</sup> siècle*», Saint-Amand: Éditions Gallimard.

- Mehta, M. D. (1998). «Risk and decision-making: a theoretical approach to public participation in technoscientific conflict situations», *Technology in Society*, vol. 20, no 1, p. 87-98.
- Morita, I., J. F. C. Guimarães et B. P. Di Muzio (2006). «A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?», *Saúde e Sociedade*, vol. 15, no 1, p. 49-57.
- Oliveira, T. D., J. O. Molesini, I. F. Gomes et C. F. Teixeira (1999). «Conselhos municipais de saúde na Bahia: avaliação dos resultados da capacitação de conselheiros de saúde», *Revista Baiana de Saúde Pública*, vol. 1, no 4, p. 75-98.
- Parazelli, M. (2004). «Le renouvellement démocratique des pratiques d'intervention sociale», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, no 1, p. 2-32.
- Pellizzoni, L. (1999). «Reflexive Modernization and Beyond: Knowledge and Value in the Politics of Environment and Technology», *Theory Culture Society*, vol. 16, no 4, p. 99-125.
- Pessoto, U. C., P. R. Nascimento et L. S. Heimann (2001). «A gestão simplificada e a participação popular na administração da saúde», *Cadernos de Saude Publica*, vol. 17, no 1, p. 89-97.
- Petersen, A., et D. Lupton (1996). «*The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*», Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Serapioni, M., et O. Romani (2006). «Potencialidades e desafios da participação em instancias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Italia, Inglaterra e Brasil», *Cadernos de Saude Publica*, vol. 22, no 11, p. 2411-2421.
- Valla, V. V. (1998). «Sobre participação popular: uma questão de perspectiva», *Cadernos de Saude Publica*, vol. 14, no suppl.2, p. S07-S18.
- Van Stralen, C., Â.-M. Lima, D. d. Fonseca-Sobrinho, L. Saraiva, T. Van Stralen et S. Belisário (2006). «Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul», *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, no 3, p. 621-632.
- Vargas-Côrtes, S. M. (2002). «Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde», *Sociologias*, vol. 4, no 7, p. 18-49.
- Vazquez, M. L., M. R. F. da Silva, E. S. Campos, I. K. G. de Arruda, A. d. S. Diniz, I. L. Veras et A. P. C. Pereira (2003). «Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil», *Cadernos de Saude Publica*, vol. 19, no 2, p. 579-591.

- Wendhausen, Á. (2006). «Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso», *Revista Española de Salud Pública*, vol. 80, no 6, p. 697-704.
- Wendhausen, Á., et S. Caponi (2002). «O diálogo e a participação em um conselho local de saúde em Santa Catarina, Brasil», *Cadernos de Saude Publica*, vol. 18, no 6, p. 1621-1628.

## Article 2

# **L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine**

Auteur : José Carlos Suárez Herrera

Suarez-Herrera, J. C. (2008). L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine. In V. Ridde & K. Mohindra (Eds.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec* (pp. 41-56). Montréal: Acfas.

Cet article a été publié dans les Actes du Colloque *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec*, présenté dans le cadre du 75<sup>e</sup> Congrès de l'Acfas, à l'Université du Québec à Trois Rivières, le 11 mai 2007. Il ouvre un espace de *réflexion épistémique* à propos des enjeux organisationnels, épistémologiques et éthiques associés à la dualité des perspectives analytiques de type universaliste et culturaliste des recherches comparatives mises en œuvre sur le plan international dans le champ de la santé publique contemporaine.

## INTRODUCTION

Nous sommes actuellement dans une période de changements significatifs dans le panorama international qui n'est pas sans liens avec le discours et la pratique de la santé publique contemporaine (Kickbusch & de Leeuw, 1999). On s'attend maintenant à une reconduction des infrastructures de recherche et d'action d'une santé publique en cours de renouvellement capable de faire face aux enjeux nés de la mondialisation, tels que l'émergence des technologies de l'information et la communication (TICs), les mouvements migratoires transnationaux ou l'apparition de nouvelles sources de risque au-delà des frontières nationales (McMichael & Beaglehole, 2000).

À cet égard, plusieurs auteurs soulignent qu'un grand nombre de processus généraux concernant la mondialisation sont influencés par certaines dynamiques sociales spécifiques au niveau local ayant lieu dans des espaces déterminés comme les milieux urbains (Olesen, 2005; Sassen, 2003, 2004). Ainsi, les chercheurs en santé publique doivent être particulièrement réceptifs à la relation entre les transactions locales des acteurs sociaux et le formatage des politiques publiques de santé au plan international (Kickbusch, 2000).

Ceci nous montre clairement l'importance de la mise en place d'un agenda transnational dans le champ complexe de la santé publique contemporaine axé sur les recherches comparatives (Yach & Bettcher, 1998a, 1998b). Ces approches prennent en considération la contribution des contextes locaux au formatage des pratiques sociales faisant partie, à leur tour, d'un mouvement sociopolitique plus large au niveau global (Hantrais, 1999). Mais cette dualité des perspectives analytiques inhérentes aux recherches comparatives n'est pas exempte de difficultés et de problèmes d'ordre organisationnel, épistémologique et éthique que nous devons prendre en considération.

À mon sens, le développement des réseaux transnationaux de recherche comparative permettrait l'alignement raisonnable entre une vision panoramique et l'observation locale des pratiques sociales. Ces réseaux pourraient assurer une documentation continue sur ces pratiques qui serait accessible sur le plan international grâce à l'émergence des TICs. Afin de faciliter la mise en place de ces réseaux, je propose les *communautés épistémiques* (Adler & Haas, 1992; Haas, 1992b; Miller & Fox, 2001) capables de créer un espace participatif de production sociale de connaissances à long terme qui permettra aux différents groupes d'acteurs locaux concernés d'interagir mutuellement, d'apprendre ensemble, de construire des rapports sociaux plus symétriques et, par conséquent, de développer une pratique locale de recherche comparative profondément liée à un discours global de la santé publique qui se développe de nos jours dans un contexte mondialisé de complexité et diversité culturelle.

#### **LA SANTÉ PUBLIQUE À L'ÈRE DE LA MONDIALISATION**

Historiquement, le discours de la santé publique proposait l'hygiène, l'assainissement et la lutte contre les maladies transmissibles au cœur des stratégies des gouvernements pour améliorer et promouvoir la santé et le bien-être de leurs citoyens (Petersen & Lupton, 1996). Ce discours s'est élargi progressivement pour joindre de nouvelles préoccupations socioculturelles et politiques. Ainsi, la santé publique contemporaine devrait porter son attention sur l'importance de la promotion de la santé et la lutte contre les inégalités sociales (Labonte, 1994; Ridde, 2007). Ici, la participation citoyenne, l'empowerment et l'intersectorialité jouent un rôle principal dans la création de capital social au sein des communautés locales généralement conçues comme étant plus ou moins indépendantes. Ceci a eu comme résultat la mise en place d'initiatives organisationnelles sur le plan local dont une des expressions a été le projet « Villes et villages en santé » (WHO, 1990). La responsabilisation active et réflexive des citoyens, le respect pour l'environnement, l'engagement envers les générations futures et la planification démocratique entre autres, deviennent les

stratégies essentielles des gouvernements locaux au sein d'un processus axé sur la réorganisation des soins de santé primaires et le développement de politiques publiques en matière de santé.

Plus récemment, on assiste à une prolifération émergente de débats autour du rôle que les acteurs de la santé publique contemporaine devraient jouer face aux enjeux amenés par les phénomènes reliés à la mondialisation (Beaglehole, Bonita, Horton, Adams, & McKee, 2004; Kickbusch & de Leeuw, 1999). La mondialisation, à cause de la myriade de dimensions qui la configurent – d'ordres économique, social, politique, technologique, culturel, etc. –, constitue de nos jours un des enjeux les plus importants pour les chercheurs d'une santé publique désormais à portée mondiale (Bettcher & Lee, 2002; Lee, 2000).

Il s'avère nécessaire de créer et de mettre en place un ensemble d'infrastructures de recherche et d'action en santé publique capables de faire face, entre autres, au développement imminent des TICs, au démantèlement progressif des structures intermédiaires traditionnelles telles que la famille, la communauté ou l'école (Laurin, 1999), à la hausse significative des inégalités sociales de santé, à la fragmentation et à la faiblesse des petites et moyennes entreprises, à l'instabilité des mouvements migratoires transnationaux, à l'augmentation croissante des problèmes de santé liés à la consommation excessive de produits de manufacture macro-industrielle, comme certains types d'aliments, le tabac, l'alcool ou autres drogues, et finalement, à l'apparition de nouvelles sources de risque dont les menaces dépassent les frontières nationales, par exemple, le terrorisme, les conflits armés et les conséquences des changements environnementaux sur l'écosystème planétaire (Beck, 1992; McMichael & Beaglehole, 2000).

Dans ce contexte nettement incertain, les institutions gouvernementales traditionnelles de la santé publique contemporaine sont en train de perdre leur souveraineté sur les processus de production de politiques

publiques en matière de santé et de contrôle sur les déterminants de la santé à cause de la complexité de ces influences contextuelles (Kickbusch, 2000). Ceci facilite l'apparition de nouvelles formes de gouvernance sociale et politique transcendant la capacité décisionnelle de ces institutions pour gérer des risques d'une ampleur jamais connue auparavant (Beaglehole et al., 2004). Une diversité de plus en plus importante d'acteurs sociaux participant actuellement de façon active aux processus de gouvernance locale en matière de santé publique façonne ainsi un ensemble de mouvements sociopolitiques de portée transnationale tels que les luttes altermondialistes, les mouvements contre les inégalités sociales et les nouvelles instances en matière de sécurité alimentaire. Ces acteurs sociaux font partie d'un réseau extra-institutionnel sur le plan international, facilitant d'une certaine manière l'approche des phénomènes globaux reliés à la mondialisation dans des scénarios locaux de luttes quotidiennes et de gestion de conflits en matière de santé publique.

La dimension organisationnelle de ces mouvements sociaux donne lieu à une cartographie de stratégies politiques au-delà des frontières nationales classiques, qui se constitue comme un espace transnational d'action collective à double sens : d'une part, le formatage des pratiques sociales en matière de santé publique au niveau local constitue un champ de luttes sociopolitiques conditionnant la dynamisation des structures sociales reliées à la mondialisation, et d'autre part, ces structures sociales constituent un champ de forces contextuelles au niveau global déterminant le formatage de nouvelles pratiques locales.

Les chercheurs en santé publique doivent être attentifs à la relation entre les transactions locales des acteurs sociaux et la constitution de politiques publiques en matière de santé au plan international. La santé publique contemporaine trouve ainsi son champ de recherche et d'action dans des espaces d'ordre infranational local, entités géographiques bien définies, comme les villes



et les villages, et en même temps d'ordre transnational global, dans des endroits très éloignés dans l'espace mais mutuellement interconnectés.

### **LES RECHERCHES COMPARATIVES EN SANTÉ PUBLIQUE**

La santé publique contemporaine se constitue donc comme un champ complexe de recherche et d'action au sujet de nouvelles pratiques sociales au niveau local, et ce, à l'échelle planétaire. Chercher à comprendre les dynamiques des mouvements sociaux ainsi que le processus de formatage des nouvelles pratiques sociales dans un contexte mondialisé de complexité et de diversité culturelle présente ainsi un grand intérêt. L'idée de constituer un observatoire international des pratiques sociales est au cœur des processus de développement de politiques publiques en matière de santé de tous les pays. Ceci nous montre clairement l'importance de mettre en place un agenda transnational dans le champ complexe de la santé publique contemporaine axé sur les recherches comparatives (Yach & Bettcher, 1998a, 1998b).

Les recherches comparatives permettent de poser un ensemble de questions fondamentales pour le discours et la pratique de la santé publique contemporaine. Elles touchent à ses fondements mêmes : Comment donner naissance à un point de vue fédérateur sur les pratiques sociales en matière de santé dans des contextes si différents ? Comment les argumenter et les justifier au sein des mouvements sociopolitiques de natures si distinctes ? Comment aborder et analyser la multiplicité et la confrontation des représentations, conceptions et rationalités des acteurs ? Et finalement, comment élaborer des connaissances pertinentes du point de vue des acteurs sociaux présentant des intérêts divergents voire conflictuels ?

L'enjeu de ces approches est de ressortir conjointement les similitudes de la dimension universelle des observations transnationales des mouvements sociopolitiques en matière de santé publique et les différences

ancrées dans des contextes culturels spécifiques. Comment donc surpasser, d'une part, la tendance des approches dites 'universalistes' à décontextualiser les pratiques sociales explorées afin de les rendre comparables, et d'autre part, la tendance des approches dites 'culturalistes' à masquer les caractères généraux en soulignant la spécificité des réalités observées ? Ce sont les *approches sociétales* à la recherche comparative qui nous permettent de résoudre cette impasse épistémologique : ces approches misent sur la compréhension de la construction des acteurs sociaux à partir de la comparaison de leurs pratiques sociales, celles-ci considérées comme des « construits sociaux » (Maurice, 1989; Maurice, Sellier, & Silvestre, 1992). Ici la comparaison est axée sur les arrangements intermédiaires faisant le lien entre les niveaux macro et micro des pratiques sociales en matière de santé publique : les acteurs sociaux sont indissociables des phénomènes globaux et vice-versa, ce qui implique une causalité multiple interactive (Hantrais & Letablier, 1998).

La comparaison sociétale est fondée sur la notion qu'il existe une « *cohérence systémique à l'intérieur de chaque unité d'observation, les catégories pertinentes étant celles qui traduisent la spécificité de chaque pays* » (Maurice, 1989:188). De cette façon, les approches sociétales à la recherche comparative nous permettent d'acquérir une certaine intelligibilité sur les pratiques sociales se déroulant au sein des systèmes organisés d'action locale, ce qui nous facilite la double tâche de parvenir à l'approfondissement de la compréhension de ces systèmes locaux et surtout à leur comparaison systématique, et aussi d'élever éventuellement le niveau de généralité de ces modèles à un plan transnational (Friedberg, 1997). Ces approches ne visent pas la généralisation statistique des résultats mais bien la compréhension en profondeur des phénomènes dont les connaissances localement produites fourniront une armature épistémologique pour l'analyse des mêmes phénomènes dans d'autres milieux sur le plan international.

L'étude comparative des phénomènes tout comme les pratiques sociales en matière de santé publique à l'intérieur de systèmes organisés d'action locale n'a de sens que si l'on reconnaît une interdépendance bidirectionnelle avec les influences contextuelles qui déterminent leur façonnement. Cela implique, d'une part, le refus de tout déterminisme exclusivement extérieur et de toute explication uniquement globale, et d'autre part, l'explication des pratiques sociales en les rapportant au système d'action particulier dont celles-ci font partie (Friedberg, 1997), ce qui donne lieu à toute sorte d'enjeux que je recommande énergiquement prendre en considération.

### **LES ENJEUX DES RECHERCHES COMPARATIVES**

La dualité des perspectives analytiques inhérentes aux recherches comparatives n'est pas exempte des difficultés et des problèmes de plusieurs ordres. Ainsi, nous trouvons des enjeux d'ordre organisationnel (Dean et al., 2005; Hantrais, 1999; Mangen, 1999), épistémologique (Belfiore, 2004; Livingstone, 2003; Mangen, 1999; Zulauf, 1999) et éthique (Brislin, 1977; Marshall & Batten, 2004; Redmond, 2003).

Les dynamiques organisationnelles apparaissent comme un problème primordial dans la mise en place des projets de recherche ayant une perspective comparative sur le plan international :

- En premier lieu, la sélection du milieu de recherche n'est pas toujours claire en raison des contraintes liées aux types de supports institutionnels et organisationnels (Hantrais & Letablier, 1998). Ces choix dépendent souvent de facteurs contextuels extérieurs au processus de la recherche, d'ordre plutôt politique ou financier.
- La constitution d'une équipe de travail équilibrée peut aussi entraver le processus de recherche en ce qui concerne les négociations nécessaires à

l'organisation de la démarche comparative. Ce sont souvent les groupes occidentaux qui imposent aux autres leurs procédures de recherche fondées sur la performance et la productivité (Hantrais & Letablier, 1998). Les chercheurs occidentaux doivent montrer leurs capacités entrepreneuriales, ce qui leur laisse moins de temps pour développer des stratégies méthodologiques plus adaptées et sensibles aux milieux locaux de la recherche.

- Les problèmes de communication peuvent également constituer un enjeu organisationnel de premier ordre, car la langue n'est pas simplement un moyen de transmission d'idées, elle fait partie intégrante du système de valeurs et de représentations (Dean et al., 2005; Mangen, 1999). La langue est une structure sociale qui reflète les modes de raisonnement, les valeurs et l'idéologie des acteurs sociaux impliqués dans les mouvements sociopolitiques en matière de santé. Ainsi, la capacité d'une équipe de recherche à communiquer de façon effective sur le plan international et parvenir à une compréhension mutuelle des concepts et de méthodes est loin d'être évidente (Hantrais & Letablier, 1998).

Sur le plan épistémologique, les recherches comparatives présentent également des enjeux très importants :

- Tout d'abord, la formulation de la problématique et la définition préalable de l'objet de recherche posent souvent des entraves considérables. Les mêmes problèmes ne sont pas forcément présents dans deux contextes différents et des problèmes apparemment identiques peuvent avoir des caractéristiques différentes en fonction du contexte. La diversité des représentations sociales à l'intérieur d'un contexte donné et dans des contextes différents sont, du moins partiellement, irréductibles les unes aux autres. Chaque fois qu'un acteur social entre en contact avec d'autres acteurs, il n'est pas tant confronté à un niveau de connaissances différent qu'à un autre mode de perception de la réalité.

- Une des limitations importantes est la tendance à concevoir une équivalence fonctionnelle entre les catégories utilisées pour effectuer les comparaisons. Comme pour toute démarche d'ordre épistémologique, ces catégories sont issues d'un processus de construction sociale élaboré par des chercheurs qui répondent aux exigences de leur contexte institutionnel spécifique (Livingstone, 2003; Mangen, 1999).
- Une autre tendance restrictive des recherches comparatives est celle de mettre exclusivement l'accent sur les relations d'interdépendance spécifiques au parcours historique du contexte local. Ceci laisse une large place à l'interprétation rétrospective du chercheur, qui retient ce qu'il juge pertinent en fonction de ses croyances et de ses hypothèses (Hantrais & Letablier, 1998) au détriment des perspectives des acteurs sociaux impliqués dans le processus de recherche.

Enfin, les considérations éthiques posent des défis d'envergure aux recherches comparatives :

- La question du pouvoir est centrale dans les démarches comparatives sur le plan international. Certains groupes sociaux manquent de représentativité et de crédibilité aux yeux des communautés académiques qui, en général, coordonnent les processus de production des connaissances (Marshall & Batten, 2004). Des enjeux éthiques concernant les rapports de pouvoir font référence au consentement libre et éclairé, à la confidentialité des données, au type d'étude choisi, aux procédures de la recherche telles que la stratégie de recherche, la collecte, l'analyse et la comparaison des données, au rôle des participants à la recherche, et finalement aux critères de scientificité.
- La notion de culture renvoie directement au système de valeurs et de représentations des acteurs sociaux impliqués dans les démarches

comparatives. Les facteurs contextuels d'ordre socioculturel sont souvent ancrés dans les styles de vie des acteurs sociaux qui produisent et reproduisent des rapports socialement et culturellement inégaux par leurs pratiques quotidiennes (Massé, 1995). Ce phénomène peut favoriser l'émergence de rapports socioculturels fondés sur le racisme et les préjugés, les iniquités culturelles et les processus d'acculturation ethnique.

- La légitimité des connaissances socialement produites est un défi éthique important dans les démarches comparatives sur le plan international. Les groupes d'acteurs locaux concernés peuvent se montrer suspicieux envers les chercheurs « étrangers » à cause des expériences relatives à des démarches précédentes qui n'avaient pas considéré leurs points de vue (Marshall & Batten, 2004). Les chercheurs ont tendance à généraliser leurs résultats comme étant des vérités absolues qui sont souvent culturellement imprécises et contextuellement peu explicites.

#### **L'ÉMERGENCE DES COMMUNAUTÉS ÉPISTÉMIQUES COMME ESPACES DE PARTICIPATION SOCIALE**

Les recherches comparatives sur le plan international proposent donc paradoxalement une démarche spécifique qui se déroule au niveau local mais qui renvoie à des problèmes d'ordres organisationnel, épistémologique et éthique plus généraux, relatifs à l'articulation micro/macro, la tension entre singularité et généralité, la diversité culturelle des processus de production sociale de connaissances et les manifestations locales et globales des relations de pouvoir et de contrôle social. Comment faire pour dépasser des tels enjeux ? À mon sens, le développement des réseaux transnationaux de recherche comparative permettrait l'alignement raisonnable entre une vision panoramique et l'observation locale des pratiques sociales en matière de santé publique.

Un des plus puissants moyens de création de nouveaux réseaux organisationnels est la gestion de connaissances par le biais du travail collaboratif

(Lave & Wenger, 1991). Les *communautés épistémiques* (Adler & Haas, 1992; Haas, 1992b; Miller & Fox, 2001), constituées par un groupe d'acteurs sociaux qui partagent certains principes et qui apprennent mutuellement, sont considérées comme étant des stratégies participatives combinant la recherche, l'apprentissage et l'innovation. En plus d'être largement reconnues dans le champ du développement professionnel des individus, ces communautés offrent le contexte organisationnel idéal pour une production et un transfert plus souples des connaissances tout en permettant de développer de réponses rapides aux besoins et aux problèmes de ses membres. Ayant des principes épistémologiques similaires à ceux des *communautés de pratique* (Lave & Wenger, 1991; Wenger, 1998), les communautés épistémiques sont considérées comme un moyen de développer des capacités individuelles et collectives relatives à la pratique de la recherche participative permettant à un groupe d'acteurs sociaux de construire des relations de confiance et, grâce à cela, de développer un sentiment d'appartenance et d'engagement mutuel envers leurs pratiques quotidiennes.

Ici, la notion de pratique relève, dans ses dimensions à la fois globale (volet universaliste) et locale (volet culturaliste), de la participation des acteurs concernés au processus de production de connaissances, et de leur capacité à structurer et à donner une signification aux actions collectives en matière de santé publique. Cela permettra de résoudre, du moins partiellement, le peu de consensus existant a priori au sein des différents groupes sociaux au sujet de la signification des concepts et des termes essentiels pour la santé publique. L'attribution de significations à nos expériences ou à nos actions relève d'un processus axé sur la *négociation de sens* (Wenger, 1998). Cette négociation peut impliquer l'alignement discursif plus ou moins explicite entre plusieurs individus, mais peut également s'appuyer sur des éléments tacites, comme par exemple des conventions et des traductions sociales. Compte tenu du caractère interprétatif des recherches comparatives sur le plan international, la négociation de sens au cours de l'action collective s'avère un moyen indispensable pour la mise en œuvre des communautés épistémiques.

La continuité des significations dans une position spécifique à un moment donné s'appuie sur une dualité fondamentale entre la participation des acteurs sociaux à un processus de production locale de données et à un processus de production générale de concepts, consistant à créer des points de focalisation autour desquels la négociation de sens peut s'organiser. D'un côté, la participation locale des acteurs concernés peut compenser les limitations inhérentes à la généralisation, notamment son aspect relativement figé et technique, clairement indépendant à l'égard du contexte local. D'un autre côté la participation des acteurs sociaux aux processus plus généraux vient compenser le caractère évanescent et contextuel de l'action collective locale.

Le fait que les acteurs sociaux agissant dans des contextes différents discutent entre eux de leurs perceptions des activités et de leurs manières de faire, constitue en soi un puissant outil d'analyse des pratiques sociales. Un tel processus de consultation permet aux différents acteurs de donner plus rapidement suite aux recommandations de chacune des études. Ces dernières sont mieux comprises et acceptées puisqu'elles émergent d'un processus participatif par le moyen duquel les rapports de pouvoir deviennent plus symétriques. Elles sont ancrées dans le contexte local et leur légitimité n'est pas remise en question. Ces approches participatives ont aussi le mérite de bien faire connaître les particularités d'une réalité à saisir, de manière à ne rien laisser dans l'ombre; la description y est exhaustive, ce qui rend possible la compréhension du phénomène observé.

Cette compréhension fondée sur des connaissances localement produites donne lieu donc à un équilibre de pouvoir renversé, avec des règles du jeu locales. Il y a nécessité de mobiliser les acteurs concernés pour agir avec succès et empêcher ainsi l'adaptation unilatérale des processus organisationnels par rapport aux contraintes de l'environnement : c'est un mécanisme d'échange et d'influence (Friedberg, 1997). Plusieurs auteurs soulignent à cet égard que les dynamiques collaboratives développées au sein des communautés épistémiques



permettent de développer un processus sociopolitique essentiel à l'esprit critique qui précède toute démarche démocratique (Adler, 1992; Drake & Nicolaidis, 1992; Haas, 1992a; Sebenius, 1992).

Par contre, l'application des principes des communautés épistémiques dans le champ complexe de la santé publique contemporaine doit être conduite avec précaution. Les groupes traditionnels de recherche en santé publique sont des groupes dont les compétences se recourent fortement et dans lesquels les problèmes de communication ne se posent pas, du moins de façon si prononcée que dans le cas des communautés épistémiques faisant partie des réseaux transnationaux de recherche.

Un autre élément contraignant important est que l'évolution des pratiques sociales en matière de santé publique aura lieu aussi après l'étape prévue pour le projet de recherche en lui-même. Ce fait souligne l'importance de la création des communautés épistémiques qui serviront d'observatoire aux modifications des pratiques sociales des acteurs concernés *a posteriori*, c'est-à-dire lorsque le processus de production des connaissances sera terminé et que les chercheurs principaux se seront probablement détachés des milieux de recherche. Étant donné leur nature participative, les communautés épistémiques assureront une documentation continue sur les pratiques des acteurs concernés qui serait accessible à l'échelle globale grâce à l'émergence des TICs, ce qui donnera lieu conséquemment à la constitution de *communautés épistémiques virtuelles* (Dubé, Bourhis, & Jacob, 2005; Gannon-Leary & Fontainha, 2007; Vaast, 2004).

Les communautés épistémiques virtuelles peuvent utiliser un grand éventail de médias traditionnels, tels que le téléphone, la téléconférence et les télécopies, ainsi que des outils technologiques plus ou moins sophistiqués, tels que le courriel, la vidéoconférence, les groupes de discussion en ligne, des bases de données partagées, des sites Web, des intranets, et bien d'autres moyens qui facilitent l'interaction entre leurs membres (Dubé et al., 2005). Ces communautés

auront un rôle fondamental sur deux plans. D'une part, elles représenteront un très bon outil de partage des processus et des résultats des pratiques de recherche locales. Les acteurs concernés sont informés en tout temps de l'état de l'avancement des travaux tout en diffusant les résultats sous une forme visuelle, pratique et dynamique. D'autre part, ces communautés agiront comme outil de communication avec une communauté globale plus large qui fait partie d'autres mouvements sociopolitiques sur la scène internationale.

Malgré les limites potentielles inhérentes à des questions d'accessibilité aux TICs, de la distance physique entre les acteurs concernés sur la sphère internationale, du changement constante dans la composition des équipes de recherche, des rapports de confiance et des problèmes d'interprétation intergroupe (Chanal, 2000; Gannon-Leary & Fontainha, 2007), la fluidité et la flexibilité des processus communicationnels développés par les communautés épistémiques virtuelles permettent de faire face aux nombreux enjeux inhérents à la mise en place des recherches comparatives dans le domaine de la santé publique contemporaine.

Sur le plan organisationnel, le contact entre plusieurs milieux de recherche permettrait à certaines équipes de recherche de s'inspirer d'expériences similaires axées sur le même objet de recherche pour se sortir des impasses politiques et financières auxquelles ces équipes sont souvent confrontées. Ainsi, les astuces développées par certains chercheurs pour se faire financer leurs projets de recherche pourraient être partagées dans un plan plus global et donner lieu à un processus de développement des capacités de financement et de gestion des projets de recherche comparative. En ce qui concerne les barrières linguistiques indissociables des recherches comparatives sur le plan international, celles-ci sont de plus en plus facilement surmontables grâce aux outils de traduction actuellement disponibles sur certains sites Web. Quoique la langue fasse partie des conditions sociales d'existence des acteurs concernés et que celles-ci ne puissent être facilement discernables par des acteurs étrangers aux contextes

locaux, les communautés épistémiques virtuelles, par l'interaction continue qu'elles apportent, faciliteraient la mise en place d'un processus de compréhension réciproque et de suivi des discours développés dans d'autres contextes organisationnels similaires.

La perspective épistémologique des recherches comparatives représente aussi des apports substantiels grâce aux communautés épistémiques virtuelles. Ainsi, la continuité du processus de transfert de connaissances permettrait de prendre en considération non seulement les connaissances socialement produites, mais aussi les modes d'apprentissage dans des contextes organisationnels différents (Abma, 2007; Elkjaer, 2004), ce qui nous permettrait de développer une responsabilité envers la position et les innovations proposées par « les autres ». Par ailleurs, la négociation de sens développée dans les espaces participatifs créés au sein des communautés épistémiques faciliterait la maîtrise des systèmes d'équivalence au-delà des catégories statistiques et des indicateurs, *« mais de façon plus générale à propos de la traduction (l'équivalence de sens) de termes et de concepts forgés dans des contextes bien spécifiques mais souvent révélateurs de différences bien profondes dans les conceptions et les représentations nationales »* (Hantrais & Letablier, 1998:152).

Au niveau éthique, les retombées des communautés épistémiques virtuelles ne sont pas négligeables. L'apport d'une connaissance pratique socialement produite et utilisable par les acteurs concernés est l'élément différenciateur. En permettant de renouveler la perception et la compréhension profonde des contextes locaux, des contraintes qu'il impose mais aussi des occasions qu'il recèle et des enjeux concrets qui structurent les rapports entre les acteurs, cet élément change la philosophie d'action des groupes sociaux et donc la nature même des mouvements sociopolitiques. Ceci renforce la nature politique de la participation sociale (Contandriopoulos, 2004) et offre la possibilité d'une prise d'initiative et de responsabilité collectives dans le déclenchement et l'encadrement du processus de changement. En créant une compréhension

contrastée des contextes locaux d'action, cela fournit une base et un accompagnement cognitif chez les acteurs concernés, transcendant les frontières nationales.

#### **EN GUISE DE CONCLUSION**

La conception et l'action actuelles de la santé publique contemporaine se sont fondées sur la capacité collective à réorganiser les soins de santé primaires et à créer des politiques publiques en matière de santé par le biais des réseaux organisationnels autant sur les plans régional et national qu'international (Kickbusch, 1999; Kickbusch & de Leeuw, 1999). L'articulation entre les niveaux global et local des mouvements sociaux en matière de santé publique n'est pas seulement un impératif pragmatique, mais aussi un impératif éthique, compte tenu des impacts des processus reliés à la mondialisation sur la santé des populations (Beaglehole et al., 2004; Lee, 2000). La santé publique contemporaine a besoin d'un agenda transnational de recherche et d'action capable de se constituer de façon plus ou moins autonome et cela, à l'échelle planétaire (Yach & Bettcher, 1998a, 1998b).

À cet égard, les réseaux transnationaux de recherche comparative se présentent comme étant une stratégie épistémologique fortement intéressante qui permettrait l'arrangement systémique entre les dimensions globales et locales des pratiques sociales. À mon sens, les communautés épistémiques (Adler & Haas, 1992; Haas, 1992b; Miller & Fox, 2001) servent de liaison pragmatique entre plusieurs échelles de complexité des mouvements sociaux en matière de santé publique et, en conséquence, elles facilitent le processus d'implantation et de mise en place des recherches comparatives. L'attention portée aux interactions locales présuppose, d'une part, que les actions sont précédées de délibérations et, par conséquent, les décisions sont le résultat de compromis entre diverses logiques globales contextuellement différentes et, d'autre part, que les acteurs sociaux sont dotés de compétences qui s'expriment dans les processus de mise en

œuvre des décisions et des mesures locales à leur disposition. Il y a donc des passages incessants entre le plan global de coordination, celui de la santé publique mondiale par exemple, et le plan local où se déroulent les interactions sociales.

Les communautés épistémiques, grâce aux TICs, permettent la création d'un espace virtuel de participation sociale axé sur un processus de production sociale de connaissances à long terme qui permettra aux différents groupes d'acteurs locaux concernés d'interagir mutuellement, d'apprendre ensemble, de construire des rapports sociaux plus symétriques et ainsi de développer une pratique locale de recherche comparative profondément liée au discours global de la santé publique qui se développe de nos jours dans un contexte mondialisé de complexité et de diversité culturelle.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abma, T. A. (2007). Situated Learning in Communities of Practice: Evaluation of Coercion in Psychiatry as a Case. *Evaluation*, 13(1), 32-47.
- Adler, E. (1992). The Emergence of Cooperation: National Epistemic Communities and the International Evolution of the Idea of Nuclear Arms Control. *International Organization*, 46(1), 101-145.
- Adler, E., & Haas, P. M. (1992). Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program. *International Organization*, 46(1), 367-390.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, O., & McKee, M. (2004). Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet*, 363(9426), 2084-2086.
- Beck, U. (1992). *Risk society : towards a new modernity*. London: Sage Publications.
- Belfiore, E. (2004). *The Methodological Challenge of Cross-National Research: comparing cultural policy in Britain and Italy*. Warwick: Centre for Cultural Policy Studies.
- Bettcher, D., & Lee, K. (2002). Globalisation and public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(1), 8-17.
- Brislin, R. W. (1977). Ethical Issues Influencing the Acceptance and Rejection of Cross-Cultural Researchers Who Visit Various Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 285(1), 185-202.
- Chanal, V. (2000). Communautés de pratique et management par projet : A propos de l'ouvrage de Wenger (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. *M@n@gement*, 3(1), 1-30.
- Contandriopoulos, D. (2004). A sociological perspective on public participation in health care. *Social Science & Medicine*, 58(2), 321-330.
- Dean, S. C., Harper, C. E., Cappuccio, F. P., Rink, E., Dirckx, C., Arnout, J., et al. (2005). The challenges of cross-national research in primary health care across Europe. *Fam. Pract.*, 22(3), 341-346.
- Drake, W. J., & Nicolaidis, K. (1992). Ideas, Interests, and Institutionalization: "Trade in Services" and the Uruguay Round. *International Organization*, 46(1), 37-100.
- Dubé, L., Bourhis, A., & Jacob, R. (2005). The impact of structuring characteristics on the launching of virtual communities of practice. *Journal of Organizational Change Management*, 18(2), 145-166.
- Elkjaer, B. (2004). Organizational Learning: The 'Third Way'. *Management Learning*, 35(4), 419-434.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Éditions du Seuil.

- Gannon-Leary, P., & Fontainha, E. (2007). Communities of Practice and virtual learning communities: benefits, barriers and success factors. *Journal*, 5. Retrieved from www.elearningpapers.eu
- Haas, P. M. (1992a). Banning Chlorofluorocarbons: Epistemic Community Efforts to Protect Stratospheric Ozone. *International Organization*, 46(1), 187-224.
- Haas, P. M. (1992b). Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46(1), 1-35.
- Hantrais, L. (1999). Contextualization in cross-national comparative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 93-108.
- Hantrais, L., & Letablier, M.-T. (1998). La démarche comparative et les comparaisons franco-britanniques. *Revue de l'IRES*, 28, 145-163.
- Kickbusch, I. (1999). Global + local = glocal public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(8), 451-452.
- Kickbusch, I. (2000). The development of international health policies - accountability intact? *Social Science & Medicine*, 51(6), 979-989.
- Kickbusch, I., & de Leeuw, E. (1999). Global public health: revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*, 14(4), 285-288.
- Labonte, R. (1994). Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Educ Behav*, 21(2), 253-268.
- Laurin, N. (1999). Le démantèlement des institutions intermédiaires de la régulation sociale. Vers une nouvelle forme de domination. *Sociologie et sociétés XXXI*(2), 65-72.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lee, K. (2000). For debate. The impact of globalization on public health: implications for the UK Faculty of Public Health Medicine. *Journal of Public Health Medicine*, 22(3), 253-262.
- Livingstone, S. (2003). On the Challenges of Cross-National Comparative Media Research. *European Journal of Communication*, 18(4), 477-500.
- Mangen, S. (1999). Qualitative research methods in cross-national settings. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 109-124.
- Marshall, A., & Batten, S. (2004). Researching Across Cultures: Issues of Ethics and Power *Journal*, 5(3),
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée
- Maurice, M. (1989). Méthode comparative et analyse sociétale. Les implications théoriques des comparaisons internationales. *Sociologie du travail*, 2, 175-191.

- Maurice, M., Sellier, F., & Silvestre, J.-J. (1992). Analyse sociétale et cultures nationales. Réponse à Philippe d'Iribarne. *Revue française de sociologie*, 33, 75-86.
- McMichael, A. J., & Beaglehole, R. (2000). The changing global context of public health. *Lancet*, 356, 495-499.
- Miller, H. T., & Fox, C. J. (2001). The Epistemic Community. *Administration Society*, 32(6), 668-685.
- Olesen, T. (2005). Transnational Publics: New Spaces of Social Movement Activism and the Problem of Global Long-Sightedness. *Current Sociology*, 53(3), 419-440.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and self in the age of risk*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Redmond, M. (2003). Cultural and ethical challenges in cross-national research: Reflections on a European Union study on child and youth migration. *Journal*, 2(4). Retrieved from [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2\\_4/pdf/redmond.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/redmond.pdf)
- Ridde, V. (2007). Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? *Promotion & Education*, XIV(2).
- Sassen, S. (2003). The Participation of States and Citizens in Global Governance. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 10(1), 5-28.
- Sassen, S. (2004). Local Actors in Global Politics. *Current Sociology*, 52(4), 649-670.
- Sebenius, J. K. (1992). Challenging Conventional Explanations of International Cooperation: Negotiation Analysis and the Case of Epistemic Communities. *International Organization*, 46(1), 323-365.
- Vaast, E. (2004). O Brother, Where are Thou?: From Communities to Networks of Practice Through Intranet Use. *Management Communication Quarterly*, 18(1), 5-44.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WHO. (1990). *The Milan Declaration of Healthy Cities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Yach, D., & Bettcher, D. (1998a). The globalization of public health, I: Threats and opportunities. *American Journal of Public Health*, 88(5), 735-738.
- Yach, D., & Bettcher, D. (1998b). The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism. *American Journal of Public Health*, 88(5), 738-744.
- Zulauf, M. (1999). Cross-national qualitative research: accommodating ideals and reality. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 159-169.



## Article 3

# Critical connections between participatory evaluation, organizational learning and intentional change in pluralistic organizations

Auteurs : José Carlos Suárez Herrera  
Jane Springett  
Carolyn Kagan

Suarez-Herrera, J. C., Springett, J., & Kagan, C. (2009). Critical Connections between Participatory Evaluation, Organizational Learning and Intentional Change in Pluralistic Organizations. *Evaluation, The International Journal of Theory, Research and Practice*, 15(3), 321-342.

Cet article a été publié dans le volume 3 du numéro 15 de la revue *Evaluation : The International Journal of Theory, Research and Practice*. Par une réflexion critique sur la façon dont l'évaluation participative a été conceptualisée, cet article fournit d'abord un aperçu des enjeux contextuels qui se posent dans la création d'environnements d'apprentissage inhérents à tout projet d'évaluation participative pour ensuite établir une *proposition organisationnelle* axée sur un processus de développement de compétences en recherche évaluative permettant de dépasser les résistances générées par les acteurs concernés.

## SUMMARY

The current debate around the emergence of participatory approaches in evaluation practice suggests that participatory evaluation may be considered an organizational learning praxis, one which facilitates the development of a holistic process of intentional change.

Through critical reflection on how participatory evaluation has been conceptualized, this paper offers an overview of some of contextual challenges found in the ways in which participatory evaluation enables the creation of learning environments. Given the pluralistic nature of modern organizations and some contextual constraints, evaluators appear to have largely developed a more instrumental type of learning, which may, paradoxically, result in a significant source of resistance to intentional change.

We propose a process of capacity building for evaluative research (CBER). This process offers a collaborative way of overcoming unforeseen resistance to intentional change by overcoming the challenges found in the relationship between participatory evaluation and organizational learning. We conclude by suggesting some epistemological and organizational issues that evaluators should take into account in enabling the implementation of a process of CBER in pluralistic organizations.

## 1. INTRODUCTION: SOME CRITICAL CONNECTIONS

One of the distinctive features of participatory evaluation is the creation of a dialectical process in which the focus is not only on the consensus between different and often conflicting stakeholder perspectives, but also on the development of a set of ongoing practices based on mutual interaction, cooperation, dialogue and negotiation (Brisolara, 1998; Burke, 1998; Cousins and Whitmore, 1998; Garaway, 1995; Gregory, 2000; Rebien, 1996; Springett, 2001a, b).

These stakeholders develop a dynamic process of social production of knowledge, contributing to a collective conception of learning about themselves, the organization in which they are involved, and ultimately the essential features underlying the phenomena under evaluation. Therefore, participatory evaluation becomes a praxis in fostering the creation of an organizational learning process (Diez, 2001; Forss et al., 2002; Garaway, 1995; Levin-Rozalis and Rosenstein, 2005; Preskill et al., 2003; Robinson and Cousins, 2004; Rosenstein and Levin-Rozalis, 2002; Springett, 2001a; Torres and Preskill, 2001). This organizational learning is a process whereby different types of knowledge, created by a sustainable network of stakeholders working together through communicative actions and supportive partnerships, are used toward a political articulation of action.

The very nature of the network created between stakeholders is likely to be experienced beyond the organizational context of evaluation (Shulha and Cousins, 1997; Smith, 2006), and this potentially could have a profound influence on their efforts to engage in a process designed to provoke intentional change. In other words, organizational learning, because of the sustainable nature of the communicative and supportive networks created by participatory evaluation, could be directly related to intentional change at the organizational

level (Costongs and Springett, 1997; Kalliola et al., 2006; Lick, 2006; Limerick et al., 1994; Lines, 2005; Smith, 2006; Springett, 2001b).

In order to reflect in depth about the critical connections between participatory evaluation, organizational learning and intentional change, we have examined the way in which participatory evaluation has been conceptualized in terms of rationales for, conceptions of, and evaluators' roles within participatory evaluation over the last decade. In this paper we argue that, despite the idea that participatory evaluation may be considered an organizational learning exercise facilitating the development of a holistic process of intentional change, there are some contextual challenges in the ways in which participatory evaluation allows for the creation of learning environments.

We suggest that, given the pluralistic nature of modern organizations and the constraints imposed by some contextual forces, evaluators appear to have developed a more functional, problem-solving oriented dimension of the evaluative process. In turn, this technical leaning of evaluation leads us to a more instrumental type of organizational learning, known as single-loop learning (Robinson and Cousins, 2004), which is the kind of learning that seems to be present when goals, values, frameworks and, to a significant extent, strategies are taken for granted (Argyris and Schön, 1978). The apparent absence of any critical reflection and the pursuit of immediate decision-making processes represent a serious obstacle to organizational efforts to increase stakeholders' capacities to reach a more emancipatory, action-oriented dimension of the evaluative process. These contextual challenges could translate into a significant source of resistance to any form of intentional change.

In order to overcome this resistance we propose that there is a focus on a process of *capacity building for evaluative research* (CBER) (Forss et al., 2006; Khan, 1998; Lennie, 2005; Preskill and Torres, 1999), as a training method on research-based evaluation which is designed to reinforce a more

empowering and participative aspect of the evaluative process. This approach would, we argue, lead us to a more political type of learning, described by Argyris and Schön (1996) as double-loop learning, through which participants are encouraged to question in depth the role of the framing and learning systems underlying the organization's goals, strategies and assumptions. We conclude by suggesting some epistemological and organizational issues that evaluators should take into account when enabling the implementation of a process of CBER in pluralistic organizations.

## **2. PARTICIPATORY EVALUATION: AN INTENDED CATALYST TO INTENTIONAL CHANGE**

Since participation is a necessary but not sufficient condition for the full potential of an evaluative project to be reached (Torres and Preskill, 2001), evaluators and evaluation researchers have in recent years focused on understanding the role and practice of evaluation in the learning process of the organization (Diez, 2001; Forss et al., 2002; Owen and Lambert, 1995; Patton, 1997; Preskill et al., 2003; Robinson and Cousins, 2004; Rosenstein and Levin-Rozalis, 2002; Weiss, 1998).

When viewed through the prism of organizational learning, the emergence of sustainable networks could be considered one of the most relevant strategies in participatory evaluation. The strength of this process is grounded in the partnerships developed among stakeholders and in the communicative nature of the evaluative practice (Mckie, 2003), through which participants learn to reflect on their own experiences, mutual interactions and shared information (Brisolara, 1998; Burke, 1998; Cousins and Whitmore, 1998; Garaway, 1995; Levin-Rozalis and Rosenstein, 2005; Rosenstein and Levin-Rozalis, 2002; Springett, 2001b). Thus, the interaction and communication between stakeholders engaged in an evaluative network could be considered a superior way of learning: 'those who learn from evaluation are those who do evaluation' (Forss et al., 2002: 33).

Moreover, we could argue that, through the continuous interactions of participatory evaluation, and the active flow of human, material and financial resources which evolve over time, the stakeholder group develops a dynamic through which the social production of knowledge is achieved. An organizational conception of learning is built in a reciprocal manner allowing group members to better understand themselves, the organization with which they are involved, and ultimately the essential features underlying the phenomena under evaluation. In this way, the evaluative project is understood as a developmental process of dialogue, cooperation and negotiation inspiring organizational learning praxis (Diez, 2001; Forss et al., 2002; Garaway, 1995; Levin-Rozalis and Rosenstein, 2005; Preskill et al., 2003; Robinson and Cousins, 2004; Rosenstein and Levin-Rozalis, 2002; Springett, 2001a; Torres and Preskill, 2001).

This praxis implies a continual process of growth and improvement integrated with the symbolic, physical and social infrastructures of the organization, through which its members negotiate their different values, attitudes and perceptions. Such a dynamic process of knowledge production and social mobilization goes beyond static conceptions of organizations to more forceful conceptions which are, essentially, the product of active, cognitive and reflexive endeavour. The focus is not only the reconciliation of differences but also the development of an interactive learning environment that provides a common perspective for all the stakeholders involved in the evaluative process (Billett, 2004; Garaway, 1995; Kalliola et al., 2006). Stakeholders are therefore continually engaged in a collective articulation of action working together with the purpose of learning more about the organization and about themselves in the context and situation in which they are working.

Underpinning this participatory process is the conviction that stakeholders, regardless of their organizational position, have great creative capacities that allow them to get involved in a collective experience with all the senses, emotions, and personal experiences that they bring with them (Garaway,

1995). This is more likely to have a profound impact on the ways in which stakeholders use their resources to learn more about their own situation. There is a spirit of ongoing inquiry which allows for both examination of underlying assumptions, and dialogue through a fluid complex (Garaway, 1995; Springett, 2001b; Torres and Preskill, 2001) that provide participants with opportunities for learning about effective evaluation practice (Preskill et al., 2003). Participatory evaluation appears therefore to be a way of rapidly interacting and learning with other stakeholders, and hence an opportunity to build sustainable networks of communicative actions and supportive partnerships (Diez, 2001; Forss et al., 2002; Garaway, 1995; Stubbs and Lemon, 2001).

The sustainable nature of the networks of supportive partnerships and the multiple channels of communication between stakeholders are likely to be experienced beyond the organizational context of evaluation (Marra, 2000; Shulha and Cousins, 1997; Smith, 2006), and this could have a profound influence on their efforts to engage in a process of intentional change. For the purposes of this article, intentional change is considered as a set of efforts by a group of stakeholders toward higher organizational motives, like accomplishing individual or collective projects, developing organizational innovations, or building caring and supportive partnerships (Boyatzis, 2006). This conception of intentional change has some organizational implications in the field of evaluation. As engaged stakeholders want to learn from the evaluative process through participative dynamics, certain conditions and procedures need to be developed and supported at the organizational level.

Kalliola (2006) and Lines (2005) highlight the importance of communicative actions throughout organizational learning strategies for those who might be affected by, but not directly involved in, change processes. These authors define a context of sustainable development in which they accept intentional change as one major impact of organizational learning. Likewise Billet (2004) sees the communicative dimension of learning environments as a source of

relatively permanent changes in collective thinking and action. Communicative actions therefore offer a context for understanding our progress in both our learning and change efforts, and in realizing the usefulness of what we are learning (Smith, 2006). As a result, this learning through communicative thinking and acting which comes from the sustained engagement of stakeholders in the organizational context of the evaluative process could be considered a precursor of a desired change process (Lick, 2006; Lines, 2005).

The question of supportive partnerships is another key issue for intentional change, since Robinson and Cousins (2004: 2) argue that ‘evaluation-prompted changes to organizational culture are only likely to be in evidence after sustained engagement of organizational personnel in evaluation activities’. Exploring how networks of supportive partnerships are related to change dynamics, Smith (2006) argues that the bridging and bonding forms of social capital may each significantly influence intentional change processes. When dialogue, cooperation, reflection, assumptions and beliefs are built into participatory evaluation, stakeholders may be more continuously engaged in learning dynamics and therefore may become aware of their own intentions and motivations for change (Preskill et al., 2003).

From this perspective, participatory evaluation is understood as a learning approach in which reflection, negotiation, dialogue, decision-making, knowledge creation, and power dynamics are all intentionally changed through the permanent involvement of stakeholders in the creation of a learning environment. (Boyatzis, 2006; Kalliola et al., 2006; Lick, 2006; Limerick et al., 1994; Lines, 2005; Robinson and Cousins, 2004; Smith, 2006; Springett, 2001b).

### **3. CONCEPTUALIZATION OF PARTICIPATORY EVALUATION**

In this section we intend to look at current conceptualizations of participatory evaluation through the study of rationales, conceptions and a range



of roles that have been developed in participatory evaluation in the last decade. These constructs are intimately interrelated. Adopting a given rationale will affect what we think participatory evaluation is and consequently, the role a participatory evaluator may adopt.

### **Rationales underlying the choice of participatory evaluation**

Rationales refer to those underlying reasons for choosing a participatory approach in a given evaluative project. Any rationale is unquestionably linked to participants' values, assumptions and interests. We will focus on two common rationales to reflect on the critical connections between participatory evaluation, organizational learning and intentional change.

The first rationale is *utilization*. We are living in a world where the utility of innovative strategies is gaining a hold in modern organizations. Quality of evaluation – including the more innovative, participative and interdisciplinary evaluation practices – has also been linked to utility. Indeed, referring the Joint Committee of Standards for Educational Evaluation (Sanders, 1994), Forss and his colleagues (2002) state that utility could be considered the most important criteria of evaluation quality. Because this focus on utilization is predominantly technical, the rationale of utility is characterized by its emphasis on the use and contributions of evaluation to program decision-making and organizational problem-solving, its conservative approach to action, and its reliance on the expert status of the professional evaluator (Brisolara, 1998).

Historically, a lasting issue of concern for evaluators has been the utilization of evaluation findings (Greene, 1988; Patton, 1997, 1998; Preskill and Caracelli, 1997; Torres and Preskill, 2001). In fact, some authors suggest that many evaluation findings are misused or even unused by the stakeholders (Mark and Henry, 2004; Patton, 1997; Rebien, 1996; Russ-Eft et al., 2002; Shulha and Cousins, 1997; Springett, 2001b; Thoenig, 2000). Evaluation researchers therefore began to look at how stakeholders affected by the evaluative project

could use not only the findings, but also the process of evaluation in a more appropriate manner (Alkin and Taut, 2002; Forss et al., 2002; Kirkhart, 2000; Patton, 1998; Preskill and Caracelli, 1997; Preskill et al., 2003; Russ-Eft et al., 2002; Shulha and Cousins, 1997).

It is well known that one of the features supposed to enhance the process use of evaluation is the involvement of stakeholders in many aspects of the evaluative process. The Patton definition of *process use* (Patton, 1998) is meant to depict a process of organizational learning and individual changes resulting from involvement in a given evaluative process, that is, ‘the evaluation use that takes place before lessons learned are generated and feedback process are initiated’ (Forss et al., 2002: 29). This has influenced the development of participatory approaches in evaluation practice. Consequently over the last decade we have seen growing interest for the conceptualization and operationalization of these approaches in the field of evaluation (Brisolara, 1998; Burke, 1998; Cousins and Whitmore, 1998; Crishna, 2007a, b; Diez, 2001; Garaway, 1995; Gaventa et al., 1998; Gregory, 2000; Keast and Waterhouse, 2006; King, 1998; Lawrenz and Huffman, 2003; Lennie, 2005; Rebien, 1996; Springett, 2001a, b; Themessl-Huber and Grutsch, 2003; Weaver and Cousins, 2004).

The second rationale is *empowerment*. The importance of the representation of those with the least power or lowest status in order to ensure that their interests are taken into consideration is highlighted by the rationale of empowerment. Many authors maintain that seeking to attain the empowerment goals of justice and democratization highlights the issue of balancing the participants’ voices (Brisolara, 1998; Diez et al., 2005; Floc'hlay and Plottu, 1998; Garaway, 1995; Gaventa et al., 1998; Papineau and Kiely, 1996; Smith, 2007; Springett, 2001a). There is a focus, in organizational empowerment, on the meaning of training, management of power relations, participant readiness, adequate resources, coaching skill, and mutual support through coaching and interagency networks (Andrews et al., 2006).

Because these goals are clearly transformative, the empowerment rationale's primary purpose is the social emancipation and sustainable development of individuals and groups. From this perspective, evaluation processes and products are used to transform power relations and to promote social action and change. Thus, evaluation is conceived as an ongoing process of collective action through the inclusion of less prominent stakeholders in reflection, negotiation, collaboration and knowledge creation dynamics (Cousins and Whitmore, 1998; Garaway, 1995; Gaventa et al., 1998; Weaver and Cousins, 2004). This is also the point of view of Brisolara (1998) for whom stakeholders hold critical, essential knowledge for the understanding of the evaluative process, and of Burke (1998), who states that the process of evaluation must acknowledge and address inequities of power and voice among participating stakeholders. This process is explicitly political, concerned with promoting social action for change, and transforming power relations in order to empower the most marginalized. The empowerment rationale could be considered as a response of many social groups to a growing landscape of cultural inequalities and social injustices generated by the devastating effects of global economic trends on modern societies. Considerably sensitive to the political nature of evaluation, the rationale of empowerment calls on participants to get involved in the articulation of the evaluative project as a matter of responsibility or moral imperative for social change (Brisolara, 1998) and therefore to develop participatory approaches to evaluation.

### **Conceptions of participatory evaluation**

As Garaway states, 'participatory activity in evaluation has a wide range of meanings' (Garaway, 1995: 85). One of the outstanding characteristics of participatory evaluation, it is argued, is the effort developed by a group of people working together in an interactive manner and focusing their strengths on the process, rather than on the results of the evaluative project. Pluralism in the composition of the group, with the associated problem of conflicting interests,

implies the added aspect of interaction among the participants who are organized around a common object (the evaluand) through an evaluative project.

There is, however, no universal way to define participatory evaluation. Instead, some authors support the idea that participatory evaluation is best described as a set of principles and a process of engagement in the evaluation endeavour that respects and uses the knowledge and experience of key stakeholders, embracing the contributions of participants' perspectives (Burke, 1998; Springett, 2001b). The importance of process in evaluative projects, through which the participants develop a sense of ownership, new skills and confidence to improve the quality of their decisions, is stressed.

In this way, Cousins and Whitmore state:

'participatory evaluation implies that, when doing an evaluation, researchers, facilitators, or professional evaluators collaborate in some way with individuals, groups, or communities who have a decided stake in the program, development project, or other entity being evaluated' (Cousins and Whitmore, 1998: 5).

They distinguish two principal streams of participatory evaluation that nevertheless could be closely interconnected: *practical participatory evaluation* (P-PE) and *transformative participatory evaluation* (T-PE).

P-PE aims essentially to promote the use of evaluation, with the implicit assumption that evaluation is focused on some kind of program decision-making. Building on principles of knowledge creation between evaluators and program practitioners, the authors advocate a more intensive role for stakeholders in ownership and control of technical problem-solving skills. Insofar as the evaluative project stimulates the collective production of knowledge, the results will be more meaningful for those responsible for program problem-solving and organizational decision-making and this knowledge will, therefore, be of greater use (Weaver and Cousins, 2004). As it is focused on problem-solving and decision-making, this approach implies an instrumental development of the

participatory evaluation, which aims to increase the usefulness of the knowledge it creates. P-PE is intimately linked to the rationale of utility, in which expert evaluators work together with the closest stakeholders to produce knowledge in response to practical problems (Weaver and Cousins, 2004).

On the other hand, T-PE appeals to participatory principles and actions aiming to bring about the democratization of social change processes, by empowering more marginalized participants. Issues like lay control of the production of knowledge, empowerment and critical reflection are at the core of this type of participatory evaluation. The primary interest is to promote fairness through the involvement of individuals associated with all groups with a stake in the evaluative process. Through direct involvement and participation in the evaluation exercise, people from oppressed groups or marginalized sectors who do not normally have a voice in policy or programme decision-making are now provided with such opportunities (Floc'hlay and Plottu, 1998; Weaver and Cousins, 2004). This approach is ideologically rooted in normative conceptions of social justice and the democratic process. It remains closely reliant on the rationale of empowerment, in which the evaluator encourages stakeholders' participation in the creation of a sustainable network of communicative actions and supportive partnerships through which they will enhance their understanding of the links between knowledge, power, and control.

Whereas the ideological and historical roots of these two conceptions of participatory evaluation are quite different, in practice they do not differ substantially. As Brisolara states:

‘These strands of participatory evaluation’ – referring to P-PE and T-PE – ‘need not be viewed as rival models of evaluation; both are participatory models that share a commitment to participation, differentiating between them in where they align themselves on a continuum that ranges from practical (utilization-focused, within the status quo) to transformative (action-oriented, ideological)’ (Brisolara, 1998: 25).

Reinforcing this idea of reconciliation between P-PE and T-PE, Springett (2001b) outlines some guidelines for engaging in participatory evaluation based both on empowerment and collaborative problem-solving approaches, encouraging collaboration, interaction and reflection on practice. The channel for this process is dialogue (Abma, 2001a, b; Edelenbos and Van Eeten, 2001; Kalliola et al., 2006; Karlsson, 2001; Schwandt, 2001; Springett, 2001a), a communicative process of social exchange through which we create a new set of social relations, as well as relevant and appropriate knowledge.

In this sense we highlight the overlapping nature of the two streams of participatory evaluation: P-PE recognizes the political nature of the evaluation process and advocates an extended role for evaluators that includes elements of organizational learning, whereas T-PE is concerned with social action toward change, as well as with transforming power relations in order to empower the marginalized (Burke, 1998). Evaluation processes and products are then used to transform power relations through organizational learning and to promote social mobilization and intentional change.

### **Evaluators' role in participatory evaluation**

The role of evaluator varies according to the conceptions of participatory approaches shared by the participants which in turn are linked to the rationales for using these approaches in their evaluation practice. Nevertheless, since the two principal rationales and streams of participatory evaluation identified above could overlap significantly, we consider that some of these roles could also be partly covered.

Because every participant becomes an evaluator in participatory evaluation practice, we could also consider these roles as a set of functions, skills and abilities that the stakeholders must develop in order to perform appropriate evaluations. The various possible roles that need to be played by the myriad of

stakeholders should be developed through a democratic and interactive process taking into account their various starting positions.

On the one hand, P-PE evaluator tends to suggest that roles and responsibilities should be divided in such a way as to promote the greatest utilization, that is, a shared decision-making model where all technical responsibilities remain with the evaluator and the identification of evaluation questions would be the arena of stakeholders. As Garaway argues, 'the professional evaluator's role is that of adjudicator, as well as facilitator of the dissemination of the adjudicator role, in situations where there is conflict of interests' (Garaway, 1995: 92). Assistance to partners identifying and becoming familiar with the methods most suitable to their needs is an important task for P-PE evaluators. The evaluator assumes the role of technical expert, often being the final arbitrator of the efforts of the evaluation project, and ultimately bearing responsibility for the technical quality of the project.

On the other hand, T-PE evaluator focuses on the recognition of the functions, skills and abilities of the stakeholders. This is precisely a central aspect of this role: ensuring that all stakeholders' competencies are taken into consideration and put into practice. As a participant of the evaluative project, the evaluator thus gets involved in underlying social and political projects that reach beyond the organizational context of evaluation.

Finally, we found in the literature a set of common, non-traditional tasks related to the role of evaluator as facilitator, fitting simultaneously both conceptions of participatory evaluation and their respective rationales. Some authors (Brisolara, 1998; Burke, 1998; Garaway, 1995; Gregory, 2000; Levin-Rozalis and Rosenstein, 2005; Rosenstein and Levin-Rozalis, 2002) consider that the role of evaluator shifts from being a principal investigator and participant observer to becoming responsible for accomplishing tasks related to learning, mediation, teaching, local development, social change, education, and promotion

of interactive learning environments. As a coordinator of this set of tasks, the participatory evaluator helps to organize and bring all the phases of the evaluative project together, so meaning and values can be negotiated by the group through learning, long-lasting and communicative strategies. The evaluator becomes consequently a partner in a process in which everyone is committed to intentional change (Springett, 2001b) through an organizational learning process.

#### **4. CONTEXTUAL CHALLENGES FOR PARTICIPATORY EVALUATION IN PLURALISTIC ORGANIZATIONS**

It is argued that despite the different rationales for participatory approaches to evaluation, the two principal streams developed for their conception – P-PE and T-PE – could be intimately linked in practice. Both streams stimulate a process of collective production of knowledge through communicative actions and supportive partnerships. However, from our point of view a polarization toward either of these two approaches may imply the development of contentious situations where the promising qualities of participatory evaluation will be jeopardized.

On the one hand, limiting the rationale of choosing a participatory approach to technical considerations of evaluation – as evaluators in P-PE do – may eliminate much of its potential for organizational learning and social transformation (Themessl-Huber and Grutsch, 2003). Indeed, the application of a strict criterion of utility in the evaluative process poses a set of problems. The utilitarian approach tends to accept participation only where it produces valuable effects for the organization. Participation could therefore become a mechanism for control over stakeholders in managerial strategies (Taylor, 2005; Zajac and Bruhn, 1999). This fact clearly undermines one of the principles of the rationale of empowerment, that of the advancement of human dignity and social emancipation. Consequently, if taken alone, this approach runs the risk of contributing to an organizational imperative of participation (Cooke and Kothari, 2002; Quaghebeur et al., 2004), where the benefit of the organization



overshadows the interests of the stakeholders. In addition, practical evaluators tend to work in partnership only with those close stakeholders who are supposed to use the evaluation findings or emerging recommendations. This fact ‘may lead to the exclusion of important stakeholder groups and sources of knowledge’ and ‘treat participation as a means for defending the evaluation process and ensuring the acceptance of its findings’ (Gregory, 2000: 183).

On the other hand, focussing the rationale on choosing a participatory approach to abstract, non-measurable principles of justice and fairness – as evaluators in T-PE do – on behalf of a specific sector of the organization – the less powerful stakeholders – could be an obstacle to appropriate completion of the evaluative project. There is indeed a growing feeling in modern organizations that arrangements directed solely or primarily toward the betterment of the conditions of disadvantaged groups can produce unfair outcomes for others in those organizations, especially those who have not actually contributed to the original social injustice (Zajac and Bruhn, 1999). This focus of evaluation on specific underprivileged groups of stakeholders could also represent a source of stigmatization, since institutions traditionally develop a set of programs, projects or policies focussing on these groups, presupposing that these are challenging or conflictive groups. Furthermore, the exclusive focus of evaluative practice on the rationale of empowerment, although supposedly moving forward the interests and social conditions of historically disadvantaged groups may produce outcomes that are detrimental to the mission of the organization (Zajac and Bruhn, 1999). The targeted groups could make their voices heard within the evaluative project, stressing their own virtues, and neglecting the importance of building a sustainable network of communicative actions and supportive partnerships at the organizational level.

Despite the idea that participatory evaluation could be considered an organizational learning praxis facilitating the development of a holistic process of intentional change, some authors found that there are some considerable

challenges in the ways in which participatory evaluation allow for the creation of learning environments (Diez, 2002; Lennie, 2005; Robinson and Cousins, 2004; Torres and Preskill, 2001). Since participatory evaluation is not developed in a vacuum but is a context-sensitive practice, we should therefore take into consideration some of the contextual influences which shape evaluation practice (Gregory, 2000; Nicolini and Mezner, 1995), and which will in turn exert some influence on the constitution of these contextual forces. At a cross-national level, the last century has been a period of deep social, economic, and political transformation in modern organizations. They have been especially influenced by the international phenomenon of globalization. Given these vibrant circumstances, modern organizations have to deal with issues of complexity and cultural diversity, and are politically charged (Preskill and Torres, 1999). Uncertainty is increasingly present in such *pluralistic organizations*, which are usually characterized by multiple and intangible objectives, diffuse power relationships and knowledge-based work processes (Denis et al., 2007).

Participatory evaluation practice at an organizational level is not exempt from this contextual pressure. Evaluators are facing a myriad of contextual influences that are raising a considerable number of concerns at both the global and local levels. In such a context, accountability to funding agencies, scientific communities and other institutional stakeholders becomes a major imperative for evaluation (Capwell et al., 2000). The worth of a program, project or policy has consequently been mostly determined by evidence-based analyses of effectiveness and cost-benefit (Herman et al., 1987), to help those decision-makers representing political institutions to make decisions about the evolution of the program, project or policy. Evaluators may therefore be forced to develop a process in which “objective” effectiveness is intended to guard against “social bias” and preserve the validity of the findings. But traditional notions of validity assume that programs, projects or policies are static (Garaway, 1995), which may represent a serious obstacle against the very nature of the participatory evaluation

process, which is based on the creation of dynamic networks of communicative actions and supportive partnerships in order to achieve a given change.

On a practical level this reality may translate into the utilitarian rationale overshadowing the empowerment rationale, and into T-PE tending to be developed as a functional form of P-PE, therefore adopting the more technical aspects of participatory evaluation. We know that under appropriate conditions, P-PE can enhance utilization of the evaluative project without compromising technical quality or credibility (Cousins and Whitmore, 1998). But technical quality is only one of the constructs of the operationalization of participatory evaluation, and is based on program decision-making and organizational problem-solving strategies.

So, given these contextual influences, evaluators seem to be asymmetrically focused on a more functional, problem-solving aspect of the evaluative process. This technical orientation of participatory evaluation may lead to an instrumental dimension of organizational learning, known as *single-loop learning* (Argyris and Schön, 1978; Argyris and Schön, 1996; Robinson and Cousins, 2004; Rosenstein and Levin-Rozalis, 2002), a type of learning that seems to be present when goals, values, frameworks and, to a significant extent, organizational strategies are taken for granted. The emphasis is on techniques and the ways in which these techniques are more efficient, and is dominated by a predetermined plan or design where actions are essentially directed towards a given end. There is a search for the status quo of a hierarchical conception of organization, promoting actions directed toward preserving the existing order between stakeholders and keeping unilateral control firmly in their own hands. Productive, creative and collective reflections with a deeper examination of organizational values are practically omitted. Since a shared vision of social representations seems to be an important aspect of participatory evaluation, the engagement of stakeholders in deep learning may be critically attenuated, which would be a considerable obstacle to any effort to bring about intentional change.

Additionally, the exclusive focus of single-loop learning on efficient techniques creates a potential risk of ameliorating organizational performance of evaluations by exclusively improving sophisticated problem-solving and decision-making skills. This may foster dependence on evaluators' proficiency, leading to a general perplexity which would render stakeholders incapable of effective involvement in decisions that affect them (Gregory, 2000). Collective action could therefore become deeply entrenched in cynical, defensive routines against proposed change at the individual, operational and organizational levels (Argyris, 1990) since stakeholders may not feel fully prepared to participate in such a technical and qualified way and may perceive the changes inherent to the evaluative process as a threat (Floc'hlay and Plottu, 1998; Geva-May and Thorngate, 2003; Taut and Brauns, 2003). Under these conditions of uncertainty, evaluation could generate fear and anxiety among stakeholders (Geva-May and Thorngate, 2003; Macrì et al., 2002; Reboloso et al., 2005; Symon, 2005), and develop a complex environment representing a considerable challenge to the successful assimilation of intentional change.

Consequently, this asymmetric relationship between participatory evaluation and organizational learning, oriented toward utilitarian rationales where participation is almost exclusively considered a means to an end, could prove to translate into a significant source of resistance to any form of intentional change within pluralistic organizations.

## **5. TACKLING CONTEXTUAL CHALLENGES THROUGH CAPACITY-BUILDING FOR EVALUATIVE RESEARCH**

Understanding the conditions and unintended consequences of evaluation should facilitate the assimilation of evaluative projects among stakeholders. Such understanding, built through sustainable networks of communicative actions and supportive partnerships would give stakeholders a feeling of control over the evaluation and would help to decrease their usual resistance to intentional change (Lick, 2006).

As a result, any evaluative project should therefore be conceived as a complex process of socially-constructed learning (Bianchi and Miller, 1996; Cullen, 1999; Diez, 2001; Easterby-Smith et al., 2000) taking into account the active and reflexive participation of a great number of interrelated stakeholders and organizations, and where continuous communicative activities will lead to a better understanding of organizational issues. For the specific purpose of this paper, where participatory evaluation is context-sensitive, any evaluative project should take into consideration the specific contextual influences leading to substantial asymmetries between participatory evaluation and organizational learning. We therefore propose that there should be a process of *capacity building for evaluative research* (CBER) (Forss et al., 2006; Khan, 1998; Lennie, 2005; Preskill and Torres, 1999), which can be considered as a type of training for research-based evaluative practices. We see CBER as an endogenous and organized system of guided processes oriented toward the development of a level of capacity in which systematic procedures of evaluative inquiry become ordinary and long-term practices among the members of a given organization. In this article the notion of capacity is borrowed from Lick (2006) and implies a set of information, knowledge, skills, experiences and understanding as well as nuances and personal qualities that would enhance functional and sensitive evaluative research related to organizational change. Capacity therefore reflects both the various dimensions of organizational learning and the processes that act to facilitate its growth and improvement (Robinson and Cousins, 2004).

Evaluative research could be considered a well-established interdependent scientific practice, which is socially located, politically contested, and discursively constructed (Taylor, 2005). It reaches beyond programs and policies as units of analysis, addressing issues and concerns raised by the group of involved stakeholders at any level in the organization (Preskill and Torres, 1999; Robinson and Cousins, 2004). In order to be aligned with the philosophical and epistemological basis of participatory evaluation, CBER should stress the

principles of *action research* (Brisolara, 1998; Cassell and Johnson, 2006; Chisholm and Elden, 1993; Dehler and Edmonds, 2006; Elden and Chisholm, 1993; Springett, 2001b) and *participatory action research* (Bartunek, 1993; Boutilier et al., 1997; Greenwood et al., 1993; McIntyre et al., 2007), which are seen as a process evolving from negotiation, dialogue, learning and (we would say, intentional) change among the participants. Participatory approaches to research applied to evaluation practice may be considered a reconciliatory approach which is both a means of generating knowledge for program decision-making and organizational problem-solving, and an end in itself, helping stakeholders to question and making space for critical reflection on their values, assumptions and beliefs (Brisolara, 1998; Schwandt, 1997). This reconciliatory focus between technical (utility-based) and emancipatory (empowerment-based) rationales of participatory evaluation is supported by some authors (Costongs and Springett, 1997; Diez, 2001; Springett, 2001b), for whom organizational learning underpins the rationale of participatory evaluation within changing and pluralistic organizations.

So, by taking into account a pluralistic context of uncertainty where almost exclusively utilitarian rationales of the participatory process of evaluation are accentuated, CBER reinforces a more empowering aspect of the evaluative process. This transformative orientation of evaluation would lead us to a more political type of learning, known as *double-loop learning*, through which the participants are encouraged to question the role of the framing and learning systems underlying the organization's goals, strategies and assumptions (Argyris and Schön, 1978; Argyris and Schön, 1996; Levin-Rozalis and Rosenstein, 2005; Robinson and Cousins, 2004; Rosenstein and Levin-Rozalis, 2002). In this sense, CBER can be understood as an adapting and evolving process of organizational learning that contributes to individual and collective growth and to the development of the stakeholders. Emphasis is on discussion and disagreement, reflected collectively as desired, purposive ways to achieve intentional change. The result of this process could be the political reorientation of pluralistic

organizations into *learning environments*, through the development of an active and reflexive policy learning which is essentially transformative.

These learning environments (Billett, 2004; Diez, 2001; Kalliola et al., 2006; Rosenstein and Levin-Rozalis, 2002; Torres and Preskill, 2001) can be seen as rhetorical spaces of social transaction where complex situations and cultural diversity are accepted. As McKie affirms, ‘without an understanding and appreciation of the myriad processes of participation by communities, evaluation research cannot adequately reflect the heterogeneity of experiences for communities, researchers and founders’ (Mckie, 2003: 307). This kind of environment is more likely to be found in settings and organizations that look to share leadership, emphasize common goals and mutual influence, encourage open communication, publicly test assumptions and beliefs, and combine action with inquiry (Argyris and Schön, 1996).

Learning environments highlight the context-sensitive nature of participatory evaluation through sustainable networks of communicative actions and supportive partnerships, and implies an intimate connection between knowledge, learning and action. Evaluators and stakeholders involved in learning environments become able to align and develop their organizational capacity to create the transforming process they desire. They constitute a *community of practice* (Wenger and Snyder, 2000), since the best way of acquiring such capacity or personal qualities is through communicative, supportive and reflexive experiences (Abma, 2007; Forss et al., 2002).

For pluralistic organizations to become learning environments, they should develop a process of CBER where evaluators and stakeholders continually expand their capacity to create, to think and to act openly in the quest to learn together. Evaluators and stakeholders learn to make collective decisions and solve collective problems through a research-based process of meetings, discussions, cooperation, dialogue, collaboration and deliberation, and contribute

to assessment, planning, implementation, monitoring and evaluation of new strategies to intentional change. The creation of learning environments implies a participatory and politically articulated process of social mobilization.

So, by engaging in the CBER process, greater insights into and understandings of organizational issues will support the capacity to build a sentiment of control over more informed and reflexive decision-making and problem-solving issues (Torres and Preskill, 2001). Acquired organizational capacities for evaluative research guarantee the creation of an endogenous and sustained evaluative process of understanding and organizational learning which also increases considerably the probability that the process and the results achieved by the evaluation will be used in an appropriate way both, at the functional and responsive levels (Diez, 2001; Forss et al., 2002; Preskill et al., 2003). CBER definitively offers pluralistic organizations an interesting way of overcoming unforeseen resistance to intentional change by tackling the contextual challenges found in regard with the relationship between participatory evaluation and organizational learning.

## **6. BUILDING PATHWAYS TO PARTICIPATORY EVALUATION IN PLURALISTIC ORGANIZATIONS**

Given the power-laden and complex issues inherent to pluralistic organizations, the implementation of a process of CBER, since it represents a changing process by itself, could have unintended and even conflicting effects. We would like to conclude this article by suggesting some epistemological and organizational issues that evaluators should take into account in enabling the implementation of a process of CBER in pluralistic organizations. These issues are intended to help develop the theoretical and practical underpinnings of participatory evaluation and consequently, impact on the roles to be played by evaluators and stakeholders in the complex contexts of pluralistic organizations.



*First, the limits of the rationales for choosing a participatory approach to evaluation would rarely be clear in practice.* However, as we have shown there are the problems posed by polarization between these two rationales. On the one hand, if we emphasize the technical considerations of the evaluative project, we must be careful not to impose the classical notion of utility, based on the results of evaluation, as the sole condition to participation. Many studies on the process use of evaluation demonstrate that there are many reasons to promote the involvement of stakeholders, even if we do not take full advantage of the outputs (Alkin and Taut, 2002; Forss et al., 2002; Kirkhart, 2000; Preskill and Caracelli, 1997; Preskill et al., 2003; Russ-Eft et al., 2002; Shulha and Cousins, 1997). We must also recognize that elitist evaluative practices may develop reluctance amongst stakeholders as they hold images of practical evaluators as technical experts on program decision-making and problem-solving matters. On the other hand, if we focus our participatory evaluation on the emancipatory considerations of the evaluative project, we must recognize that the empowerment of historically disadvantaged groups must be compatible with fairness for majorities and with the achievement of organizational missions and broader social purposes.

*Secondly, there is a shift in the organizational conception of participation.* The meaning of participation in the field of participatory evaluation has evolved from consulting beneficiaries of programs, projects and policies to engaging stakeholders in every phase of the evaluative process. If we have to develop our evaluations in challenging contexts of pluralistic organizations, we must re-conceptualize the meaning and the sense of participation. Any evaluation which seeks to promote participation must be seen to be a *critical praxis* (Springett, 2001a) and a *political act* (Gregory, 2000). When participatory evaluation is viewed as a critical praxis, then learning and change become the focus of participation, and its process demands extended involvement and collaboration between stakeholders, as well as openness to dialogue, critical reflection, and negotiation. When participatory evaluation is viewed as a political

act, then we must consider participation not only as a means, but also as an end, and then, we must understand it as an explicitly political act on behalf of those involved in the evaluative process.

*Thirdly, one distinctive feature of pluralistic organizations is the elusive nature of their organizational objectives.* The transformation of these organizations into learning environments requires an adapting, critical and evolving process of organizational learning, which should focus on individual and collective growth and development. The challenge is to transform these intangible objectives into dynamic criteria capable of capturing the complexity and cultural diversity of pluralistic organizations. We must develop both the technical and emancipatory aspects of the rationales and conceptions of our participatory evaluations, which must be explored, analysed and interpreted through mixed approaches to research and action, and be culturally sensitive to the complex and dynamic nature of pluralistic organizations. The use of creative methods, other than speech or writing, could be useful to enhance collective voices in pluralistic contexts (Taylor, 2005). For this kind of purpose we can use a variety of techniques, including photography, sculpture, textiles, storytelling, social mapping and drama.

*Fourthly, pluralistic organizations could be considered organized systems of social actions.* A systemic perspective considers that pluralistic organizations are composed of an intense and complex flux of alignments between their relational and structural dimensions. If we are to develop a set of sustainable networks of communicative actions and supportive relationships in such a context, we must be able to create an environment of synergistic transactions through creative utilization of relational and structural resources (including human, social, cognitive, material and financial), and through the management of system interfaces and the establishment of an infrastructure conducive to sustainable growth and development. While some evaluators have developed rapid-response techniques to assist decision-makers in managing their

programs, new participatory approaches to evaluation are required to serve the needs of learning environments committed to systems thinking as a way of improving their appropriateness (Owen and Lambert, 1995; Springett, 2001a).

*Fifthly, as organized systems of social action, pluralistic organizations are embedded in their environment.* Pluralistic organizations are deeply rooted in their contextual environment, from which they receive organizational, social, cultural, political and economic influence. Consequently, the set of dynamic alignments between the relational and structural subsystems of pluralistic organizations is specific to their contextual environment. We must take into account the myriad of contextual factors exerting powerful influences on both the organization and the evaluative project itself, and it would be useful to develop a dynamic understanding of resources. Such a dynamic understanding would consider resources mutable sources of energy rather than as static forces acting independently of the context in which they exist (Feldman, 2004).

## **7. CONCLUSIONS**

Participatory evaluation challenges the traditional relationship between knowledge, learning and action, and advocate the creation of sustainable networks of communicative actions and supportive relationships through which the stakeholders involved adopt a dynamic of organizational learning. The interactive nature of these networks could have a profound influence on stakeholders' efforts to engage in a sustainable process designed to foster intentional change. Given some restrictive contextual circumstances of pluralistic organizations, evaluators seem to be essentially limited to developing a more functional, problem-solving oriented aspect of the evaluative process, moving asymmetrically toward a more instrumental type of organizational learning. This asymmetric relationship between participatory evaluation and organizational learning could potentially translate into a significant source of resistance to any form of intentional change.

We argue that a process of CBER offers evaluators and stakeholders within pluralistic organizations a way of overcoming unforeseen resistance against intentional change, suggesting the transformation of pluralistic organizations into learning environments. Learning environments are seen as rhetorical areas of social transaction, where evaluators and stakeholders promote a democratic conception of the relationship between theory, methodology and practice. In these kind of environments stakeholders can generate local theory and then mobilize the knowledge thus produced into collective action through a cooperative dynamic of organizational learning. Such a commitment to cooperation potentially can be a transformative, regenerating and self-sustaining dimension of the endogenous process of intentional change.

Since we believe that the two principal streams of participatory evaluation depicted earlier should be intimately interconnected in practice, we believe that focussing on CBER may help to integrate participatory evaluation at organizational level as a mutual alignment of rationales, conceptions and roles on a continuum that ranges from the technical (problem-solving, decision-making and utilization-focused) to the emancipatory (empowerment, transformative and action-oriented) dimensions (Brisolara, 1998; Cousins and Whitmore, 1998; Themessl-Huber and Grutsch, 2003). Through the development of communities of practice, evaluators and stakeholders improve their capacity to face some of the contextual challenges inherent to the tangled characteristics of pluralistic organizations by dealing with a complex system of interrelations (Lick, 2006). They develop a dynamic process based on sustainable networks of communicative actions and supportive relationships, advocating a synergistic approach between those two streams of participatory evaluation. This dynamic environment of organizational exchanges will lead to both instrumental and political types of learning – that is, a holistic conception of organizational learning which could be fruitfully linked to intentional change strategies.

## REFERENCES

- Abma, T. A. (2001a) 'Opening Thoughts', *Evaluation*, 7 (2): 155-163.
- Abma, T. A. (2001b) 'Reflexive Dialogues: A Story about the Development of Injury Prevention in Two Performing-Arts Schools', *Evaluation*, 7 (2): 238-252.
- Abma, T. A. (2007) 'Situated Learning in Communities of Practice: Evaluation of Coercion in Psychiatry as a Case', *Evaluation*, 13 (1): 32-47.
- Alkin, M. C. and S. M. Taut (2002) 'Unbundling evaluation use', *Studies In Educational Evaluation*, 29 (1): 1-12.
- Andrews, A. B., P. S. Motes, V. C. Flerx, A. Lopez-De Fede and A. G. Floyd (2006) 'Building Evaluation Capacity in Community-Based Organizations Reflections of an Empowerment Evaluation Team', *Journal of Community Practice*, 13: 85-104.
- Argyris, C. (1990) *Overcoming Organizational Defenses. Facilitating organizational learning*. Boston: Allyn and Bacon.
- Argyris, C. and D. Schön (1978) *Organizational Learning: a Theory of Action Perspective*. Reading, Mass: Addison Wesley.
- Argyris, C. and D. Schön (1996) *Organizational Learning II: Theory, method and practice*. Reading, Mass: Addison Wesley.
- Bartunek, J. M. (1993) 'Scholarly Dialogues and Participatory Action Research', *Human Relations*, 46 (10): 1221-1233.
- Bianchi, P. V. and L. M. Miller (1996) 'Innovation and collective action: The dynamics of change', *Structural Change and Economic Dynamics*, 7 (2): 193-206.
- Billett, S. (2004) 'Workplace participatory practices: Conceptualising workplaces as learning environments', *Journal of Workplace Learning* 16 (6): 312-324.
- Boutilier, M., R. Mason and I. Rootman (1997) 'Community action and reflective practice in health promotion research', *Health Promotion International*, 12 (1): 69-78.
- Boyatzis, R. E. (2006) 'An overview of intentional change from a complexity perspective', *Journal of Management Development*, 25 (7): 607-623.
- Brisolara, S. (1998) 'The history of participatory evaluation and current debates in the field', *New Directions for Evaluation*, 80: 25-41.
- Burke, B. (1998) 'Evaluating for a change: Reflections on participatory methodology', *New Directions for Evaluation*, 80: 43-56.
- Capwell, E. M., F. Butterfoss and V. T. Francisco (2000) 'Why Evaluate?', *Health Promotion Practice*, 1 (1): 15-20.

- Cassell, C. and P. Johnson (2006) 'Action research: Explaining the diversity', *Human Relations*, 59 (6): 783-814.
- Chisholm, R. F. and M. Elden (1993) 'Features of Emerging Action Research', *Human Relations*, 46 (2): 275-298.
- Cooke, B. and U. Kothari (2002) *Participation: The New Tyranny?* London: Zed Books.
- Costongs, C. and J. Springett (1997) 'Towards a Framework for the Evaluation of Health-related Policies in Cities', *Evaluation*, 3 (3): 345-362.
- Cousins, J. B. and E. Whitmore (1998) 'Framing participatory evaluation', *New Directions for Evaluation*, 80: 5-23.
- Crishna, B. (2007a) 'Participatory evaluation (I) - sharing lessons from fieldwork in Asia', *Child: Care, Health and Development*, 33: 217-223.
- Crishna, B. (2007b) 'Participatory evaluation (II) - translating concepts of reliability and validity in fieldwork', *Child: Care, Health and Development*, 33: 224-229.
- Cullen, J. (1999) 'Socially constructed learning: a commentary on the concept of the learning organisation', *The Learning Organization*, 6 (1): 45-52.
- Dehler, G. E. and R. K. Edmonds (2006) 'Using Action Research to Connect Practice to Learning: A Course Project for Working Management Students', *Journal of Management Education*, 30 (5): 636-669.
- Denis, J.-L., A. Langley and L. Rouleau (2007) 'Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames', *Human Relations*, 60 (1): 179-215.
- Diez, M. A. (2001) 'The Evaluation of Regional Innovation and Cluster Policies: Towards a Participatory Approach', *European Planning Studies*, 9 (7): 907-923.
- Diez, M. A. (2002) 'Evaluating New Regional Policies: Reviewing the Theory and Practice', *Evaluation*, 8 (3): 285-305.
- Diez, M. A., E. Malagón and B. Izquierdo (2005) Using evaluation for collective learning and improving regional policies: a case study in the Basque Country. *International Conference: Regional Growth Agendas*. Alborg, Denmark.
- Easterby-Smith, M., M. Crossan and D. Nicolini (2000) 'Organizational Learning: Debates Past, Present And Future', *Journal of Management Studies*, 37 (6): 783-796.
- Edelenbos, J. and M. Van Eeten (2001) 'The Missing Link: Processing Variation in Dialogical Evaluation', *Evaluation*, 7 (2): 204-210.
- Elden, M. and R. F. Chisholm (1993) 'Emerging Varieties of Action Research: Introduction to the Special Issue', *Human Relations*, 46 (2): 121-142.

- Feldman, M. S. (2004) 'Resources in Emerging Structures and Processes of Change', *Organization Science*, 15 (3): 295-309.
- Floc'hlay, B. and E. Plottu (1998) 'Democratic Evaluation: From Empowerment Evaluation to Public Decision-Making', *Evaluation*, 4 (3): 261-277.
- Forss, K., S.-E. Kruse, S. Taut and E. Tenden (2006) 'Chasing a Ghost?: An Essay on Participatory Evaluation and Capacity Development', *Evaluation*, 12 (1): 128-144.
- Forss, K., C. C. Rebien and J. Carlsson (2002) 'Process Use of Evaluations: Types of Use that Precede Lessons Learned and Feedback', *Evaluation*, 8 (1): 29-45.
- Garaway, G. B. (1995) 'Participatory evaluation', *Studies In Educational Evaluation*, 21 (1): 85-102.
- Gaventa, J., V. Creed and J. Morrissey (1998) 'Scaling up: Participatory monitoring and evaluation of a federal empowerment program', *New Directions for Evaluation*, 80: 81-94.
- Geva-May, I. and W. Thorngate (2003) 'Reducing Anxiety and Resistance in Policy and Programme Evaluations: A Socio-Psychological Analysis', *Evaluation*, 9 (2): 205-227.
- Greene, J. G. (1988) 'Stakeholder Participation and Utilization in Program Evaluation', *Evaluation Review*, 12 (2): 91-116.
- Greenwood, D. J., W. F. Whyte and I. Harkavy (1993) 'Participatory Action Research as a Process and as a Goal', *Human Relations*, 46 (2): 175-192.
- Gregory, A. (2000) 'Problematizing Participation: A Critical Review of Approaches to Participation in Evaluation Theory', *Evaluation*, 6 (2): 179-199.
- Herman, J. L., L. L. Morris and C. T. Fitz-Gibbon (1987) *Evaluator's handbook*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kalliola, S., R. Nakary and I. Pesonen (2006) 'Learning to make changes: democratic dialogue in action', *Journal of Workplace Learning* 18 (7/8): 464-477.
- Karlsson, O. (2001) 'Critical Dialogue: Its Value and Meaning', *Evaluation*, 7 (2): 211-227.
- Keast, R. and J. Waterhouse (2006) 'Participatory evaluation: a missing component in the sustainable social change equation for public services', *Strategic Change*, 15 (1): 23-35.
- Khan, M. A. (1998) 'Evaluation Capacity Building: An Overview of Current Status, Issues and Options', *Evaluation*, 4 (3): 310-328.
- King, J. A. (1998) 'Making sense of participatory evaluation practice', *New Directions for Evaluation*, 80: 57-67.

- Kirkhart, K. E. (2000) 'Reconceptualizing evaluation use: An integrated theory of influence', *New Directions for Evaluation*, 88: 5-23.
- Lawrenz, F. and D. Huffman (2003) 'How Can Multi-Site Evaluations be Participatory?', *The American Journal of Evaluation*, 24 (4): 471-482.
- Lennie, J. (2005) 'An Evaluation Capacity-Building Process for Sustainable Community IT Initiatives: Empowering and Disempowering Impacts', *Evaluation*, 11 (4): 390-414.
- Levin-Rozalis, M. and B. Rosenstein (2005) 'The Changing Role of the Evaluator in the Process of Organizational Learning', *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 20 (1): 81-104.
- Lick, D. W. (2006) 'A new perspective on organizational learning: Creating learning teams', *Evaluation and Program Planning*, 29 (1): 88-96.
- Limerick, D., R. Passfield and B. Cunnington (1994) 'Transformational Change: Towards an Action Learning Organization', *The Learning Organization: An International Journal*, 1: 29-40.
- Lines, R. (2005) 'How social accounts and participation during change affect organizational learning', *Journal of Workplace Learning*, 17 (3): 157-177.
- Macri, D. M., M. R. Tagliaventi and F. Bertolotti (2002) 'A grounded theory for resistance to change in a small organization', *Journal of Organizational Change Management*, 15: 292-310.
- Mark, M. M. and G. T. Henry (2004) 'The Mechanisms and Outcomes of Evaluation Influence', *Evaluation*, 10 (1): 35-57.
- Marra, M. (2000) 'How Much Does Evaluation Matter?: Some Examples of the Utilization of the Evaluation of the World Bank's Anti-Corruption Activities', *Evaluation*, 6 (1): 22-36.
- Mcintyre, A., N. Chatzopoulos, A. Politi and J. Roz (2007) 'Participatory action research: Collective reflections on gender, culture, and language', *Teaching and Teacher Education*, 23 (5): 748-756.
- Mckie, L. (2003) 'Rhetorical Spaces: Participation and Pragmatism in the Evaluation of Community Health Work', *Evaluation*, 9 (3): 307-324.
- Nicolini, D. and M. B. Mezner (1995) 'The Social Construction of Organizational Learning: Conceptual and Practical Issues in the Field', *Human Relations*, 48 (7): 727-746.
- Owen, J. M. and F. C. Lambert (1995) 'Roles for Evaluation in Learning Organizations', *Evaluation*, 1 (2): 237-250.
- Papineau, D. and M. C. Kiely (1996) 'Participatory evaluation in a community organization: fostering stakeholder empowerment and utilization', *Evaluation and Program Planning*, 19: 79-93.
- Patton, M. Q. (1997) *Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text, 3rd edn.* Thousand Oaks, CA: Sage.



- Patton, M. Q. (1998) 'Discovering Process Use', *Evaluation*, 4 (2): 225-233.
- Preskill, H. and V. Caracelli (1997) 'Current and Developing Conceptions of Use: Evaluation Use TIG Survey Results', *American Journal of Evaluation*, 18 (1): 209-225.
- Preskill, H., B. Zuckerman and B. Matthews (2003) 'An Exploratory Study of Process Use: Findings and Implications for Future Research', *American Journal of Evaluation*, 24 (4): 423-442.
- Preskill, H. S. and R. T. Torres (1999) 'Building Capacity for Organizational Learning Through Evaluative Inquiry', *Evaluation*, 5 (1): 42-60.
- Quaghebeur, K., J. Masschelein and H. H. Nguyen (2004) 'Paradox of participation: giving or taking part?', *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14 (3): 154-165.
- Rebien, C. C. (1996) 'Participatory Evaluation of Development Assistance: Dealing with Power and Facilitative Learning', *Evaluation*, 2 (2): 151-171.
- Reboloso, E., B. Fernandez-Ramirez and P. Canton (2005) 'The Influence of Evaluation on Changing Management Systems in Educational Institutions', *Evaluation*, 11 (4): 463-479.
- Robinson, T. T. and J. B. Cousins (2004) 'Internal participatory evaluation as an organizational learning system: A longitudinal case study', *Studies In Educational Evaluation*, 30 (1): 1-22.
- Rosenstein, B. and M. Levin-Rozalis (2002) Program Evaluation and Organization Learning: A Theoretical Perspective. *5th biennial conference of the EES*. Seville, Spain.
- Russ-Eft, D., R. Atwood and T. Eggherman (2002) 'Use and Non-use of Evaluation Results: Case Study of Environmental Influences in the Private Sector', *American Journal of Evaluation*, 23 (1): 19-31.
- Sanders, J. R. (Ed.) (1994) *The Program Evaluation Standards. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*, London, Sage.
- Schwandt, T. A. (1997) 'Evaluation as Practical Hermeneutics', *Evaluation*, 3 (1): 69-83.
- Schwandt, T. A. (2001) 'Understanding Dialogue as Practice', *Evaluation*, 7 (2): 228-237.
- Shulha, L. M. and J. B. Cousins (1997) 'Evaluation Use: Theory, Research, and Practice Since 1986', *American Journal of Evaluation*, 18 (1): 195-208.
- Smith, M. L. (2006) 'Social capital and intentional change: Exploring the role of social networks on individual change efforts', *Journal of Management Development*, 25 (7): 718 - 731.
- Smith, N. L. (2007) 'Empowerment Evaluation as Evaluation Ideology', *American Journal of Evaluation*, 28 (2): 169-178.

- Springett, J. (2001a) 'Appropriate approaches to the evaluation of health promotion', *Critical Public Health*, 11 (2): 139-151.
- Springett, J. (2001b) Participatory approaches to evaluation in health promotion. In Rootman, I., M. Goodstadt, B. Hyndman, et al. (Eds.), *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives* (pp 83-105). Denmark: World Health Organization.
- Stubbs, M. and M. Lemon (2001) 'Learning to Network and Networking to Learn: Facilitating the Process of Adaptive Management in a Local Response to the UK's National Air Quality Strategy', *Environmental Management*, 27 (3): 321-334.
- Symon, G. (2005) 'Exploring Resistance from a Rhetorical Perspective', *Organization Studies*, 26 (11): 1641-1663.
- Taut, S. and D. Brauns (2003) 'Resistance to Evaluation: A Psychological Perspective', *Evaluation*, 9 (3): 247-264.
- Taylor, D. (2005) 'Governing Through Evidence: Participation and Power in Policy Evaluation', *Journal of Social Policy*, 34 (4): 601-618.
- Themessl-Huber, M. T. and M. A. Grutsch (2003) 'The Shifting Locus of Control in Participatory Evaluations', *Evaluation*, 9 (1): 92-111.
- Thoenig, J.-C. (2000) 'Evaluation as Usable Knowledge for Public Management Reforms', *Evaluation*, 6 (2): 217-229.
- Torres, R. T. and H. Preskill (2001) 'Evaluation and Organizational Learning: Past, Present, and Future', *American Journal of Evaluation*, 22 (3): 387-395.
- Weaver, L. and J. B. Cousins (2004) 'Unpacking the Participatory Process', *Journal of Multidisciplinary Evaluation*, 1: 19-40.
- Weiss, C. H. (1998) 'Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation?', *American Journal of Evaluation*, 19 (1): 21-33.
- Wenger, E. and W. Snyder (2000) 'Communities of Practice: The Organizational Frontier', *Harvard Business Review* January-February: 139-145.
- Zajac, G. and J. G. Bruhn (1999) 'The Moral Context of Participation in Planned Organizational Change and Learning', *Administration Society*, 30 (6): 706-733.

## Article 4

# Entre le pouvoir et la régulation : les enjeux praxéologiques de la participation dans la gouverne des conseils locaux de santé

Auteurs : José Carlos Suárez Herrera  
François Champagne  
André-Pierre Contandriopoulos

Le quatrième et dernier article de cette thèse doctorale présente les *résultats empiriques* du projet de recherche autour d'enjeux d'ordre praxéologique associés au processus d'intégration organisationnelle des pratiques participatives (PP) dans la gouverne des conseils locaux de santé (CLS). Il s'agit-là des résultats d'une étude internationale de type comparatif, évaluatif et participatif réalisé à Salvador de Bahia, au Brésil et aux îles Canaries, en Espagne. Cette étude cherche à décrire et à mieux comprendre les processus par lesquels le réseau sociotechnique configurant l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS vient se traduire en un système complexe d'action et d'intervention participatif.

Après avoir confronté les résultats finaux<sup>7</sup> de cette étude avec les acteurs concernés à l'automne de 2010, la version finale de cet article sera traduite en espagnol et en portugais et soumise à deux revues scientifiques connues amplement dans les contextes académique et professionnel de la santé publique espagnole et brésilienne. Ces revues sont d'une part, la *Revista Española de Salud Pública* et, d'autre part, les *Cadernos de Saúde Pública*.

---

<sup>7</sup> Les résultats préliminaires de cette étude ont été discutés et confrontés avec les acteurs concernés à Salvador de Bahia, au Brésil, et aux îles Canaries, en Espagne dans les périodes comprises entre juillet 2007 et mai 2008.

## RÉSUMÉ

Cet article présente les résultats d'une étude évaluative internationale de type comparatif qui cherche à décrire et à mieux comprendre les processus par lesquels le réseau sociotechnique configurant l'intégration organisationnelle des pratiques participatives dans la gouverne des conseils locaux de santé (CLS) vient-il se traduire en un système complexe d'action et d'intervention participatif. Situées dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des systèmes de santé de Salvador de Bahia (Brésil) et des îles Canaries (Espagne), les pratiques participatives (PP) s'intègrent graduellement par un processus paradoxal de traduction organisationnelle qui confirme la relation réciproque entre les rapports stratégiques de pouvoir exercés par les acteurs intersectoriels et les mécanismes systémiques de régulation établis par le contexte organisationnel.

Nous considérons que les PP intégrées dans la gouverne des CLS sont potentiellement porteuses de changement dans le sens où elles sont la condition et la conséquence de nombreuses traductions stratégiques et systémiques essentiellement transformatrices. Or, pour qu'une telle transformation puisse s'accomplir il est nécessaire de développer les compétences participatives pertinentes, ce qui confère au changement une connotation d'apprentissage organisationnelle de nouvelles formes d'action et d'intervention collectives. Ce processus innovateur d'apprentissage, et donc de transformation, prend forme actuellement grâce aux liens qui se tissent de façon de plus en plus manifeste entre, d'une part, les pratiques d'action et d'intervention participatives s'intégrant dans la gouverne des systèmes locaux de santé et, d'autre part, les transformations globales associées à la mondialisation institutionnelle des sociétés modernes.

## INTRODUCTION

L'émergence de l'idéal participatif, à l'ère de la mondialisation institutionnelle des sociétés modernes, fait partie inhérente de la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique. Cet idéal constitue l'un des fondements essentiels du discours de la nouvelle santé publique (Baum, 2002; Kickbusch & de Leeuw, 1999; MacKian, Elliott, Busby, & Popay, 2003; Petersen & Lupton, 1996; Schwab & Syme, 1997) et rejoint les principes et les valeurs de toute société soi-disant démocratique (A.-P. Contandriopoulos, 2003; Tremblay, 2004).

Ce processus de renouvellement démocratique des services sociaux et de la santé a inspiré à l'échelle internationale plusieurs initiatives de réforme organisationnelle au cours des dernières décennies. Cette tendance à la réorganisation participative des soins a été axée, en grande partie, sur un discours institutionnel incontournable : celui de la décentralisation des processus de prise de décisions (Singer, 1995; Thurston, et al., 2005). Le changement organisationnel mis en œuvre par la décentralisation propose initialement la redistribution de l'autorité et la responsabilité depuis les niveaux supérieurs de l'administration vers les autorités régionales, provinciales ou locales (Pomey & Dubois, 2007). Ceci renforcerait le développement des compétences décisionnelles des organisations locales ainsi que le potentiel de participation des acteurs concernés par le processus de réorganisation des soins de santé (Milewa, Valentine, & Calnan, 1998).

Dans ce contexte, plusieurs stratégies participatives sont alors privilégiées : d'une part, l'implication éventuelle des acteurs du domaine de la santé, provenant du palier central, dans les processus de territorialisation du système régional de santé (D. Contandriopoulos, Denis, Langley, & Valette, 2004; Pomey & Dubois, 2007; Vazquez, Siqueira, & Kruze, 2002; Veenstra & Lomas, 1999) et, d'autre part, la participation directe des acteurs régionaux et

locaux, sous la forme plus particulière d'une représentation formelle de tous les secteurs sociétaux, à des espaces institutionnels de participation. Tel est le cas des conseils municipaux de santé (CMS) (Fuks, 2005; Gerschman, 2004; Moreira & Escorel, 2009) ou même, dans certaines expériences plus récentes, des instances plus rapprochées des unités territoriales de santé, les conseils locaux de santé (CLS) (Guareschi & Jovchelovitch, 2004; Pessoto, Nascimento, & Heimann, 2001; Wendhausen & Caponi, 2002).

Amplement influencée par les principes démocratiques de la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (SSP), l'expérience d'implantation des politiques régionales de décentralisation participative du Sistema Único de Saúde (SUS) est en cours de réalisation au Brésil depuis plus de vingt ans. Dans ce pays, les CLS constituent un espace privilégié pour l'implication de tous les secteurs de la société civile au cœur du processus de réorganisation des soins de santé (Labra & Figueiredo, 2002; Martins, et al., 2008). Par ailleurs, ce modèle de gouvernance décentralisatrice et participative du SUS a été adopté depuis 1999 par le Servicio Canario de Salud (SCS), en Espagne. Dans ce contexte organisationnel particulièrement complexe en constante réforme, on observe graduellement une participation accrue d'un ensemble d'acteurs intersectoriels à la gouverne des CLS de différentes et nombreuses façons dans la poursuite d'intérêts et d'objectifs multiples et souvent contradictoires (Fuks, 2005; Labra, 2006; Valla, 1998). Ces acteurs représentent de nombreux secteurs sociétaux autres que celui de la santé (Gerschman, 2004; Wendhausen, 2006), ce qui implique le développement d'arrangements de partenariat complexes et fort dynamiques, fondés sur des pratiques stratégiques inhérentes à des organisations dites « pluralistes » (Denis, Langley, & Rouleau, 2007).

De cette façon, les enjeux praxéologiques associés à l'implantation des politiques régionales de décentralisation participative constituent une entrave d'envergure à l'égard de l'intégration démocratique de l'idéal participatif à la

pratique de la santé publique internationale (Guareschi & Jovchelovitch, 2004; Morita, Guimarães, & Di Muzio, 2006). Ces enjeux émergent plus précisément des contraintes relationnelles et structurelles relatives au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des espaces institutionnels de participation intersectorielle constitués par les CLS (Guizardi & Pinheiro, 2006; Moreira & Escorel, 2009). Nous croyons que cette situation est une occasion exceptionnelle pour étudier comment une question liée au phénomène organisationnel de la participation dans le domaine de la santé se configure différemment par les divers acteurs intersectoriels impliqués dans des contextes internationaux distincts.

La première section de ce manuscrit présente le point d'ancrage théorique de notre étude. Dans un premier temps, et étant donné la perspective complexe du phénomène participatif que nous déployons, cette section décrit les dimensions d'ordre conceptuel, opérationnel et instrumental du *modèle de la transition organisationnelle* (MTO). Développé et densifié dans le cadre de nos démarches empiriques, ce modèle guide les chercheurs à répondre à la question de recherche, à savoir comment le réseau sociotechnique configurant l'intégration organisationnelle des pratiques participatives dans la gouverne des CLS vient-il se traduire en un système complexe d'action et d'intervention participatif. Par ailleurs, la stratégie de recherche privilégiée, la *recherche-action*, est conçue dans cette étude comme un construit épistémologique axé sur un travail collaboratif d'une très grande richesse praxéologique, discursive et symbolique. La recherche-action mise sur une inscription renouvelée du rôle du chercheur dans les stratégies complexes de rencontre, de dialogue et d'action entre science et société. Afin de saisir cette complexité nous avons développé une stratégie de recherche-action axée sur la combinaison de deux approches épistémologiques mutuellement compatibles : l'évaluation participative de processus et l'étude de cas comparative.

La deuxième section rend compte du point d'ancrage méthodologique de cette étude. Dans un premier moment, cette section décrit les opérations relatives à la *production de données* qui correspondent à la collecte et à la gestion des informations empiriques. La diversité de techniques de collecte de données enrichit la qualité du projet de recherche, mais représente un enjeu considérable pour les chercheurs de cette étude qui, devant un tel volume d'informations, ont eu recours à certains logiciels de gestion de données. Ceci leur a facilité la tâche toujours ardue, mais nécessaire, de codage des données afin d'accorder un sens plus ou moins raisonnable aux démarches analytiques. De façon concomitante aux opérations de collecte et de gestion de données, les chercheurs entament un processus de *raisonnement pratique* par lequel ils facilitent la relation dialectique entre les dimensions et les critères du modèle conceptuel de cette étude et les données disponibles. Le raisonnement pratique permet aux chercheurs d'opérationnaliser les concepts du MTO et de mettre en place les procédures d'analyse stratégique et de synthèse systémique orientées vers la formulation d'hypothèses explicatives qui rendent compte des données produites sur les comportements participatifs des acteurs concernés.

Dans la troisième section du texte, tout en suivant les dimensions suggérées par le MTO, nous présentons le contexte organisationnel et les résultats de cette étude autour des trois étapes du processus d'*intégration organisationnelle de la participation* dans la gouvernance des CLS. Située dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des systèmes de santé de Salvador de Bahia (Brésil) et des îles Canaries (Espagne), l'intégration des pratiques participatives (PP) des acteurs concernés suit un processus s'étayant en trois phases itératives qui se chevauchent mutuellement : d'abord, la configuration du réseau sociotechnique, qui prend forme en fonction du positionnement social des acteurs concernés et de la logique technique de l'intervention constituée par les CLS. Deuxièmement, l'établissement des dynamiques collaboratives, où les dispositions groupales de coopération s'adaptent et transforment les facteurs influents du contexte. Finalement, la constitution du système complexe d'action et d'intervention



participatif, qui confirme la traduction paradoxale entre les rapports stratégiques de pouvoir exercés par les acteurs concernés et les mécanismes systémiques de régulation établis par le contexte organisationnel.

Ensuite, la discussion de cet article est organisée autour des similarités et des différences entre les deux cas-interventions à l'étude au sujet des enjeux praxéologiques associés au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS. À la lumière des résultats empiriques de cette recherche, nous articulons cette discussion autour de la contribution relative des PP au changement organisationnel prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP des deux pays à l'étude. Nous considérons que les PP intégrées dans la gouverne des CLS sont potentiellement porteuses de changement dans le sens où elles sont la condition et la conséquence de nombreux exercices de traduction stratégique et systémique essentiellement transformateurs. Or, pour qu'un tel changement puisse s'accomplir, il faut aussi développer les compétences participatives pertinentes, ce qui confère au changement une connotation d'apprentissage organisationnelle de nouvelles formes d'action et d'intervention collectives.

Finalement, la conclusion du manuscrit porte un regard critique autour du processus de réorganisation démocratique de la santé publique grâce aux liens qui se tissent de façon de plus en plus manifeste entre, d'une part, les pratiques d'action et d'intervention participatives s'intégrant dans la gouverne des systèmes locaux de santé et, d'autre part, les transformations globales associées à la mondialisation institutionnelle des sociétés modernes.

#### **POINT D'ANCRAGE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE**

L'enjeu de la phase empirique de cette étude est de saisir et de représenter concrètement l'interconnexion mutuelle entre les relations informelles et les structures formelles constituant les PP des acteurs intersectoriels impliqués

dans la gouverne des CLS à l'étude. Il s'agit, d'une part, de rendre intelligible l'ensemble des attitudes, des interrelations et des prises de position autour des comportements qui constituent, sous forme de délibérations collectives, des points de vue nombreux et souvent conflictuels. Il faut, d'autre part, prendre en considération et faire connaître les facteurs influents du contexte organisationnel relié aux différents secteurs sociétaux, ceux-ci étant représentés dans l'espace d'action et d'intervention participatif constitué par la gouverne des CLS.

Cette section décrit les dimensions d'ordre conceptuel, opérationnel et instrumental du *modèle de la transition organisationnelle* (MTO). À la lumière des propos conceptuels de trois courants théoriques de la sociologie de l'action organisée – l'approche organisationnelle de l'action collective, la sociologie de l'innovation sociale et la théorie de la structuration –, le MTO rend compte des rapports de symétrie existants entre les relations informelles d'appropriation et les structures formelles d'encadrement charpentant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS.

La stratégie de recherche privilégiée, la *recherche-action*, est axée sur les approches participatives de la recherche. Il s'agit-là d'un travail réflexif de va-et-vient itératif entre réflexion et pratique qui renforce la création de modèles d'organisation alternatifs et complémentaires, capables de faire face aux forces de tension paradoxales caractéristiques des phénomènes organisationnels complexes. Afin de saisir cette complexité nous avons développé une stratégie de recherche-action axée sur la combinaison de deux approches épistémologiques compatibles mutuellement : l'évaluation participative de processus et l'étude de cas comparative. Cette combinaison stratégique pourrait être considérée comme une démarche à la fois intra et intersubjective intégrant une multiplicité considérable de perspectives transculturelles et de systèmes d'intelligibilité interdisciplinaires et intersectoriels qui renforce la relation dialectique entre les concepts du MTO et les données issues de notre démarche empirique.

## 1. Modèle de la transition organisationnelle (MTO)

Les fondements conceptuels du MTO relèvent principalement de trois courants théoriques appartenant à la sociologie des organisations, et plus spécifiquement, à la sociologie de l'action organisée. Nous avons soigneusement étudié les principes de ces courants théoriques en fonction de leur compatibilité épistémologique ainsi que leur applicabilité au sein de nos démarches empiriques. Il s'agit de l'*approche organisationnelle de l'action collective* (Crozier, 2000a, 2000b; Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997; Reynaud, 1989, 1999), la *sociologie de l'innovation sociale* (Akrich, Callon, & Latour, 1988a, 1988b, 2006; Callon, 1986; Callon & Latour, 1986) et la *théorie de la structuration* (Giddens, 1987, 1994).

Le MTO est donc un outil d'analyse, de comparaison et de synthèse qui facilite le suivi de l'adaptation mutuelle et les transformations successives entre les relations informelles d'appropriation et les structures formelles d'encadrement constituant toute stratégie innovatrice avec une dominante participative. Il permet d'explorer en profondeur les sous-dimensions relationnelles et structurelles des étapes du processus d'intégration des pratiques d'action et d'intervention participatives dans la gouverne des interventions complexes (Barnes, Matka, & Sullivan, 2003; Connelly, 2007; Lion & Martini, 2006; Rogers, 2008; Sanderson, 2000), ces dernières se déroulant dans des contextes pluralistes (Denis, et al., 2007).

Dans ce modèle, le processus d'intégration organisationnelle des PP est conçu comme un phénomène transitionnel se déroulant en trois étapes, chacune desquelles est spécifiée dans ses sous-dimensions relationnelles et structurelles. Ces étapes sont : (1) d'abord, la *configuration du réseau sociotechnique*, qui correspond au positionnement social des acteurs et à la logique technique de l'intervention; (2) ensuite, l'*établissement des dynamiques collaboratives*, correspondant aux dispositions comportementales de coopération ainsi qu'aux facteurs environnementaux du contexte; et (3) la *constitution du*

*système complexe d'action et d'intervention participatif*, comprenant les rapports stratégiques de pouvoir et les mécanismes systémiques de régulation constituant le processus d'intégration organisationnelle des PP des acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des CLS. Le déroulement séquentiel de ce processus de transition est un phénomène complexe qui ne prend pas forme de façon linéaire, mais par un processus synchronique et itératif qui renforce le chevauchement des étapes du processus d'intégration organisationnelle des PP.

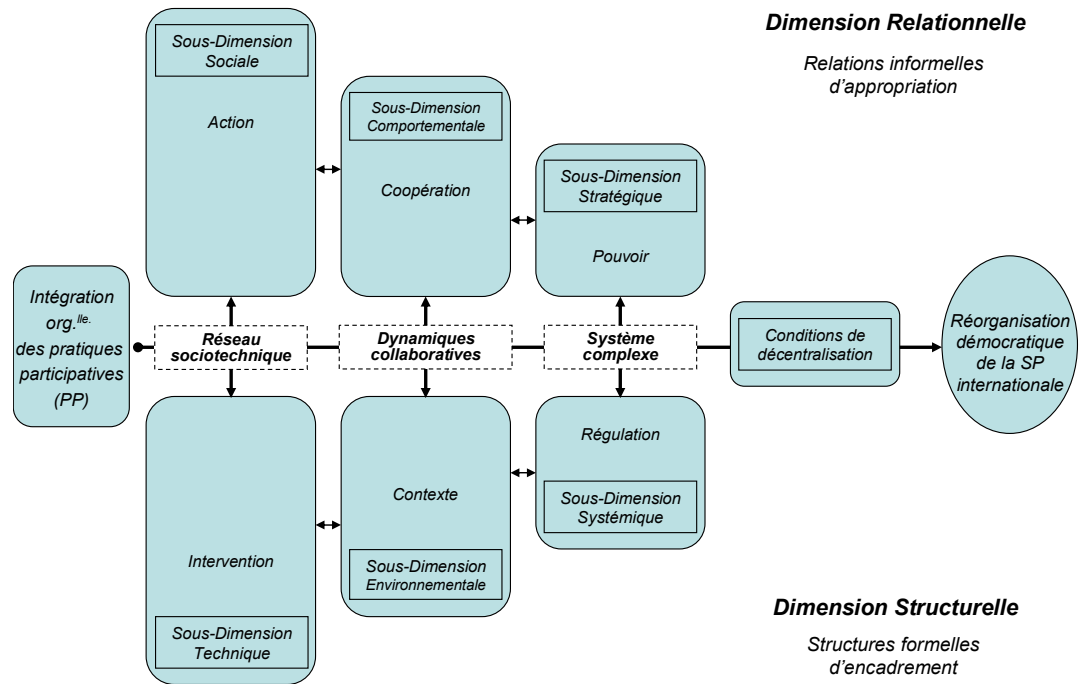
La diversité des propos conceptuels de ces trois courants théoriques converge dans un constat essentiel – un point de passage obligé de nature épistémologique – que nous mettons en lien avec le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS : la relation intrinsèque entre *l'action collective*, les *rapports de pouvoir* et le *changement organisationnel*.

Cette mise en relation s'établit par une série de *traductions* ou de transformations successives par lesquelles les acteurs – individuels ou collectifs – se légitiment en tant que porte-paroles et représentent le mandat légal de leurs entités organisationnelles. Ce processus de traduction implique le déplacement des logiques d'action initiales vers l'intéressement et la redéfinition des rôles des acteurs concernés. De cette façon, le processus d'intégration des PP dans la gouverne des CLS résulte d'une série de traductions qui font émerger le réseau sociotechnique dans lequel elles font du sens et se stabilisent dans le temps. Les connaissances des acteurs circulent par des traductions successives par une adaptation progressive des savoirs et des actions intersectorielles dont la légitimité peut toujours être remise en cause.

Ici, l'analyse stratégique et systémique de l'approche organisationnelle de l'action collective facilite au chercheur, dans un premier temps, la configuration, située dans un espace discursif à dominante sociotechnique, des zones d'incertitude et des espaces de négociation relatifs au système complexe d'action et d'intervention participatif constitué par les CLS.

Puisque le changement est d'abord la transformation d'un système d'action (Crozier & Friedberg, 1977), les configurations situationnelles produites par ce modèle nous permettront, dans un deuxième temps, de poser un jugement critique sur la contribution de ces PP au changement organisationnel prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des soins de santé primaires (SSP), organismes responsables du processus d'implantation des CLS sous étude. Enfin, dans un troisième temps, et à la lumière de ces connaissances locales, nous serons en mesure de faire une synthèse autour des enjeux inhérents aux forces de tension paradoxales existantes entre la pensée contemporaine de réorganisation démocratique de la santé publique internationale et la participation intersectorielle locale dans la gouverne des interventions complexes.

La figure 7 illustre la relation entre les dimensions d'ordre relationnel et structurel du phénomène d'intégration organisationnelle des PP, le changement organisationnel prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP et le processus de réorganisation démocratique de la santé publique internationale. Ceci équivaut à la théorie de changement de l'intervention complexe sous étude (Mason & Barnes, 2007).



**Figure 7:** Opérationnalisation du MTO

## 2. Stratégie de recherche

Étant donné son alignement conceptuel avec les perspectives philosophique et théorique des auteurs du travail empirique, cette étude s'inspire des principes de la *recherche-action* (Aguinis, 1993; Cassell & Johnson, 2006; Dehler & Edmonds, 2006; Dickens & Watkins, 1999; Reason & Bradbury, 2006; Walsh, Grant, & Coleman, 2008). La recherche-action nous permet de faire des liens étroits entre les connaissances collectivement produites et les actions politiquement articulées par cette étude. Ceci requiert une juxtaposition épistémologique de plusieurs approches stratégiques afin de saisir la complexité du processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS. Nous déployons une stratégie de recherche-action axée sur deux types d'approches bien différenciés mais fort complémentaires, soit l'*évaluation*

*participative de processus* (Gregory, 2000; Springett, 2001; Suarez-Herrera, Springett, & Kagan, 2009) et l'*étude de cas comparative* à l'échelle internationale (Carmel, 1999; Hantrais, 1999; Suarez-Herrera, 2008; Vartiainen, 2002).

La visée évaluative de cette étude s'étaie sur la notion d'*évaluation de processus* (Brousselle, 2004; Butterfoss, 2006). Aussi connue comme *analyse de l'implantation* par certains auteurs (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, & Denis, 2009; Chen, 2005; Love, 2004), l'évaluation de processus consiste à étudier les relations entre les différentes composantes d'une intervention et son contexte lors de sa mise en œuvre. Ce type d'évaluation vise à apprécier comment, dans un contexte organisationnel particulier, une intervention provoque des changements significatifs. L'évaluation de processus est spécialement utilisée lorsque l'intervention analysée est complexe et que les relations entre ses composantes sont intrinsèquement influencées par des facteurs contextuels de différentes façons.

Le volet évaluatif de cette étude consiste donc à suivre le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS ainsi que la contribution de ce processus au changement prévu dans le cadre des politiques de décentralisation des SSP. Cette démarche consiste à explorer les dimensions relatives au phénomène à l'étude en fonction de ce que les acteurs concernés estiment être pertinent dans leur contexte local, ce qui contribue à renforcer l'utilisation du processus évaluatif (Amo & Cousins, 2007; Preskill, Zuckerman, & Matthews, 2003; Suarez-Herrera, Springett, et al., 2009; Weiss, 1998). Dans ce sens, la dimension évaluative de cette étude demeure profondément reliée aux approches participatives de la recherche-action.

La dimension participative de la stratégie de cette étude vise l'élaboration de connaissances que les chercheurs et les participants jugent susceptibles de pouvoir contribuer à la compréhension renouvelée du phénomène à l'étude et de poursuivre des actions et des transformations suggérées par les

apprentissages acquis (Preskill, et al., 2003; Torres & Preskill, 2001). Il s'agit donc d'établir un dialogue actif et réflexif (Abma, et al., 2001; Greene, 2001; McKie, 2003; Ryan & Destefano, 2001) avec et entre les participants, afin de mettre en valeur leurs savoirs par le biais d'un processus d'apprentissage organisationnel et de construire simultanément un projet de changement intentionnel en fonction des intérêts des acteurs concernés. L'implication de ces derniers dans les différentes étapes du projet évaluatif entraîne la création d'un processus de développement de compétences favorisant l'appropriation réflexive des savoirs collectivement produits ainsi que l'articulation intersectorielle des actions collectives (Suarez-Herrera, Springett, et al., 2009).

Quant à sa dimension comparative, le type d'étude proposé est l'*étude de cas* (Yin, 2009), et plus spécifiquement l'*étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués* (Champagne, et al., 2009; A.-P. Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1990). Ce type d'étude permet d'observer des comportements et des processus à plusieurs niveaux organisationnels, ce qui facilite la construction des cas qui répondent mieux aux finalités de l'étude. Dans cette étude, la définition des niveaux est faite à la lumière des dimensions du modèle conceptuel de cette étude, le MTO.

Ceci dit, le devis comparatif de cette étude est effectué à l'échelle internationale, l'un des cas étant situé à Salvador de Bahia, au Brésil et l'autre aux îles Canaries, en Espagne, ce qui donne lieu à des enjeux d'ordre méthodologique, organisationnel et éthique que nous prenons en considération (Dean, et al., 2005; Livingstone, 2003; Suarez-Herrera, 2008). Ici la comparaison est axée sur les relations de symétrie faisant le lien entre les aspects à la fois relationnels et structurels des pratiques participatives : l'action locale étant indissociable des influences contextuelles et vice-versa, implique l'existence des liens entre des phénomènes globaux reliés à la mondialisation institutionnelle et des pratiques d'action et d'intervention locales (Carmel, 1999).



## POINT D'ANCRAGE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

Conscient de l'importance de créer un espace commun et durable d'appui à ces opérations, nous avons créé, dans les milieux locaux de recherche, les *comités épistémiques participatifs* (CÉP). Les CÉP offrent le milieu idéal pour une production et un transfert plus dynamiques des connaissances tout en créant les conditions nécessaires pour leur utilisation en fonction des intérêts des acteurs concernés (Miller & Fox, 2001; Suarez-Herrera, 2008). Ces comités ont joué un rôle essentiel dans l'opérationnalisation des démarches empiriques de ce projet, telles que l'appréciation de l'évaluabilité (Thurston & Potvin, 2003; Wholey, 1982) et le choix des cas à l'étude (Hamel, 1997). Les deux cas à l'étude correspondent à deux CLS implantés dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP, l'un à Salvador de Bahia, au Brésil, et l'autre aux îles Canaries, en Espagne. Ces CLS font office de laboratoire d'observation pour cette étude dans la mesure où ils comportent les qualités nécessaires en vertu des perspectives théoriques sous-jacentes à notre modèle conceptuel. En tant qu'espaces d'action et d'intervention participatifs, ils deviennent ainsi le milieu idéal pour faciliter l'intégration du chercheur dans son terrain tout en lui permettant de décrire, de mieux comprendre et de rendre intelligible le phénomène participatif qui fait l'objet de cette étude.

Une fois les CÉP créés au niveau central, et ayant procédé à l'appréciation de l'évaluabilité et le choix des cas à l'étude, nous nous sommes inspirés des éléments de la théorie de la traduction (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986) pour configurer les *réseaux sociotechniques* nécessaires pour identifier les différentes logiques d'action intersectorielle inhérentes aux milieux locaux de recherche. Ceci a permis de traduire notre étude évaluative en fonction des intérêts des acteurs concernés et de les mobiliser vers un processus plus dynamique et participatif de production, d'analyse et de synthèse des données ainsi que de transfert et d'utilisation des connaissances.

## 1. Production des données

Afin d'être capables d'appréhender non seulement les sous-dimensions relationnelles – relatives aux relations informelles d'appropriation –, mais aussi les sous-dimensions structurelles – relatives aux structures formelles d'encadrement – suggérées par notre modèle conceptuel, les données ont été collectées à deux niveaux d'influence organisationnelle dans les deux milieux de recherche. Le point d'ancrage méthodologique de cette étude se situe donc à deux paliers d'influence : d'une part, des milieux de recherche de l'étude – palier central-régional –, soit la SMS de Salvador de Bahia, au Brésil, et le SCS des îles Canaries, en Espagne et, d'autre part, des cas à l'étude – palier local –, soit la gouverne d'un CLS à Salvador de Bahia et celle d'un CLS aux îles Canaries. La production de données sur le terrain a eu lieu entre 2006 et 2008 pour un total de douze mois, s'appuyant sur la séquence temporelle suivante pour chaque milieu de recherche : quatre mois en 2006, un mois en 2007, et un mois en 2008.

En règle générale, les approches qualitatives de la recherche font appel, pour la collecte des informations, à l'entrevue et à l'observation participante. Souhaitant vivement recueillir le maximum d'informations pertinentes au sujet du phénomène d'étude, nous avons combiné ces techniques avec d'autres stratégies de collecte de données (Deslauriers & Kérisit, 1997). De cette façon, la présente étude a eu recours à des entrevues semi-structurées individuelles (Poupart, 1997), à l'observation en situation (Jaccoud & Mayer, 1997; Leininger & McFarland, 2002), aux groupes de discussion (D. Morgan, 1997), à l'analyse documentaire (Cellard, 1997) et aux notes de terrain (Jaccoud & Mayer, 1997). Cette combinaison de techniques de recherche, conduite intégralement par le chercheur principal de cette étude, a pour but de fournir une description riche et d'atteindre une compréhension approfondie du phénomène étudié, ce qui nous permettra à la fois de décrire et de rendre intelligible les processus d'intégration organisationnelle des PP qui s'opèrent entre les acteurs impliqués dans la gouverne des CLS.

La logique de la collecte de données dans les *entrevues* a visé la saturation empirique et s'est arrêtée lorsqu'aucun élément nouveau n'est venu altérer la description du phénomène à l'étude. Nous avons réalisé un total de 70 entrevues distribuées de la façon suivante par année et milieu de recherche :

<i>Milieu de recherche</i>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<i>Total</i>
<b>Salvador de Bahia</b>	20	10	5	35
<b>Îles Canaries</b>	20	10	5	35
<b>Total</b>	40	20	10	<b>70</b>

**Tableau 9** : Distribution des entrevues par année et milieu de recherche

Toutes les entrevues des années 2007 et 2008 ont été enregistrées avec le consentement signé des participants et transcrites intégralement par la suite. Parmi celles de 2006, nous avons transcrit vingt entrevues du palier local et dix du palier central-régional dans chaque cas-intervention à l'étude, ce qui donne un total de 60 entrevues transcrites et dix non transcrites. Plusieurs transcriptions, pour chaque année, des deux paliers d'influence, ont été retournées aux personnes interviewées pour leur permettre de réagir sur le contenu de leur entrevue.

L'*observation en situation* a permis de mieux comprendre les expériences vécues par les acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne du CLS. Les données privilégiées par le chercheur principal étaient organisées essentiellement autour des dispositions groupales de coopération entre les acteurs concernés ainsi que des facteurs influents de leur contexte organisationnel, ce qui correspond aux sous-dimensions relationnelle et structurelle de la deuxième étape du MTO, à savoir l'établissement des dynamiques collaboratives.

Deux séances de *groupes de discussion*, l'une en 2006 et l'autre en 2007, ont été organisées au palier local de chaque milieu de recherche avec les acteurs impliqués dans la gouverne du CLS. Pour favoriser l'échange et l'interaction égalitaires lors des séances groupales, le chercheur principal s'est

inspiré des nouvelles techniques groupales participatives s'appuyant sur les principes de la démocratie délibérative, du dialogue public, de l'échange d'information, de l'analyse critique et de la confiance réflexive (Goven, 2006; Kerr, Cunningham-Burley, & Tutton, 2007; Rosen, 2006).

Dans cette étude, l'*analyse documentaire* sert à corroborer ou non certaines informations en regard des dynamiques collaboratives relatives à la gouverne des CLS et des processus reliés aux politiques de décentralisation des SSP. On eu accès aux types de documents suivants : les comptes-rendus des conseils d'administration du Conseil municipal de santé (CMS), les comptes-rendus des conseils d'administration du CLS, les rapports des conférences de santé organisées par le CMS et les CLS du district sanitaire, des dossiers officiels relatifs aux politiques régionales de décentralisation des SSP, le plan stratégique de santé du système de santé au niveau central, les nouvelles sur la santé et les services sociaux des journaux publics et les bulletins internes du système de santé. Finalement, des *notes descriptives*, *méthodologiques* et *conceptuelles* ont été rédigées tout au long de cette étude dans le *journal de bord* du chercheur principal.

La *gestion de données* recueillies a été appuyée par le logiciel de traitement de données qualitatives QDA Miner 3.0. Ce logiciel permet de coder des données textuelles et visuelles, d'annoter, d'extraire et de réviser des données et des documents codés. Il peut gérer des projets complexes comprenant un grand nombre de documents combinés à des informations numériques et catégorielles. QDA Miner 3.0. favorise une certaine proximité avec les données tout en permettant d'organiser les processus de codification (sous la rubrique 'codage') et de rédaction de notes (sous la rubrique 'commentaires'). Nous avons surtout eu recours à ce logiciel pour organiser la gestion des données nécessaire pour l'analyse subséquente de leur contenu.

Nous avons codifié les documents selon trois niveaux de profondeur, soit les codes proprement dits, les catégories et les thèmes. Cette hiérarchie de codage correspond exactement avec les sous-critères, les critères et fondements conceptuels de notre modèle conceptuel, ce qui nous permet de faire le lien entre les données empiriques et le réseautage conceptuel du MTO. La liste des codes disponibles, connue sous le nom de livre de codes, est affichée sous forme de structure arborescente, où les thèmes et les catégories sont des nœuds avec les codes qui leur sont associés.

## **2. Raisonnement pratique**

Le raisonnement pratique traduit les principes théoriques de notre modèle conceptuel dans une démarche empirique d'analyse stratégique et de synthèse systémique. Ce type de raisonnement part des observations relatives aux milieux de recherche de cette étude, et se réfère aux principes de l'analyse stratégique et systémique pour aller vers des formulations d'hypothèses explicatives de plus en plus concrètes. Il vise à reconstruire les traductions singulières et les règles de jeu qui lient les acteurs de ce système d'action pour aboutir à une compréhension globale des comportements participatifs observés.

En ce qui concerne l'*analyse stratégique*, le raisonnement pratique guide le chercheur principal à repérer les rapports stratégiques de pouvoir que les acteurs impliqués dans la gouverne des CLS privilégient dans la poursuite de leurs buts personnels. Pour comprendre les stratégies participatives des acteurs, le chercheur principal a observé leurs comportements afin de comprendre comment chaque acteur définit ses besoins et mobilise les ressources disponibles dans son espace d'action pour parvenir à ses buts, de même que pour comprendre les enjeux de ses actions. À cette fin, le chercheur principal a suivi les différentes étapes de la démarche de raisonnement pratique proposées par Foudriat (2007) : (1) l'identification des comportements à expliquer; (2) l'identification des récurrences comportementales; (3) la contextualisation des comportements; (4) la

formulation de la situation-problème commune; et (5) la découverte des interdépendances.

Dans tout contexte d'action, les rapports stratégiques de pouvoir ainsi que les mécanismes systémiques de régulation se traduisent dans des interdépendances entre les acteurs concernés. Cette relation entre pouvoir et régulation n'est jamais parfaitement symétrique ni totalement réciproque. Les interdépendances sont intégrées en fonction des représentations qu'ils se font du contexte d'action et des comportements des autres acteurs. La signification des comportements participatifs des acteurs impliqués dans la gouverne des CLS ne fera de sens pour les chercheurs de cette étude que si l'on les met en relation avec les relations d'interdépendance spécifiques qui se tissent dans le contexte d'action.

Au raisonnement stratégique, il faut juxtaposer la *synthèse systémique*, visant le repère des mécanismes systémiques de régulation constituant le cadre commun d'action des acteurs concernés. Ce système d'action désigne la manière dont les acteurs régulent leurs interactions, ainsi que les espaces de négociation et d'équilibre qu'ils se donnent pour faire fonctionner l'ensemble organisationnel. Il importe donc de comprendre quelles sont les règles et les zones d'incertitude caractérisant le système d'action concret des acteurs en présence. En suivant Foudriat (2007), les différentes étapes de la démarche de raisonnement pratique suivies pour opérationnaliser la synthèse systémique sont : (1) les inférences des enjeux; (2) les inférences des stratégies; (3) l'inférence d'une hypothèse de zone d'incertitude; et (4) l'inférence d'une hypothèse de système d'action.

La réflexion sur les règles régissant la coopération entre acteurs autour des problèmes communs qui les affectent offre au chercheur la possibilité de rendre explicite, sous forme d'hypothèse, l'existence d'un système complexe d'action et d'intervention participatif. Ce système d'action est un construit des

acteurs impliqués dans la gouverne des CLS autour d'un ensemble de règles de jeu stratégiques. Ces règles sont apprises et intériorisées par les acteurs lors de multiples rapports stratégiques de pouvoir qui traduisent leurs comportements participatifs. Les acteurs développent ainsi certaines compétences d'anticipation par rapport à leurs intérêts et leurs enjeux. Ces compétences restent pourtant approximatives car elles n'ont qu'une rationalité limitée et ne connaissent que partiellement la situation de leur espace d'action. Dans ce contexte, la constitution d'un construit complexe de régulation systémique est définitivement le produit et la conséquence des rapports stratégiques de pouvoir permettant au chercheur de traduire les enjeux, les stratégies et les zones d'incertitude émergentes de l'espace d'action et d'intervention participatif constitué par la gouverne des CLS.

#### **RÉSULTATS DE LA RECHERCHE : LE PROCESSUS D'INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE DE LA PARTICIPATION**

Tout en suivant les dimensions suggérées par le MTO, nous présentons ici les caractéristiques essentielles du contexte organisationnel ainsi que les résultats autour des trois étapes du processus d'intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des CLS à l'étude. Située dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des systèmes de santé de Salvador de Bahia (Brésil) et des îles Canaries (Espagne), l'intégration des pratiques participatives (PP) des acteurs concernés suit un processus qui s'étaie en trois phases itératives qui se chevauchent mutuellement.

Quant à la première étape du MTO – la configuration du réseau sociotechnique – elle se déroule de façon interactive et symétrique entre le positionnement social de l'*acteur* (sous-dimension sociale) et la logique technique de l'*intervention* étudiée (sous-dimension technique). Ici, la spécification du réseau sociotechnique du milieu de recherche permet au chercheur de se situer par rapport à la position organisationnelle des parties prenantes et aux composantes techniques de l'intervention, ce qui facilite considérablement son intégration au

terrain ainsi que l'implication des acteurs locaux dans le déroulement de son étude.

Ensuite, la deuxième étape du modèle – l'établissement des dynamiques collaboratives – se déroule de façon interactive et symétrique entre les dispositions groupales de *coopération* (sous-dimension comportementale) et les facteurs influents du *contexte* (sous-dimension environnementale). Les dynamiques organisationnelles sont imprévisibles, mais elles sont intelligibles. Ce n'est que par le biais de l'observation détaillée des comportements des acteurs concernés et de leur interaction avec les influences contextuelles qu'on arrive à comprendre les arrangements stratégiques déployés dans le cadre d'implantation des CLS.

Enfin, la troisième étape du MTO – la constitution du système complexe d'action et d'intervention participatif – prend forme aussi de façon interactive et symétrique entre les rapports stratégiques de *pouvoir* (sous-dimension stratégique) et les mécanismes systémiques de *régulation* (sous-dimension systémique) charpentant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS. Ni la planification ni l'implantation d'une perspective de changement organisationnel ne peuvent se concevoir en dehors du système d'action qui est l'objet du changement et dont les rapports stratégiques de pouvoir et les mécanismes systémiques de régulation en conditionnent profondément le déroulement. Cette vision à la fois stratégique et systémique du phénomène participatif nous semble essentielle dans les efforts de réorganisation démocratique des systèmes de santé contemporains.

### **1. Le conseil local de santé à Salvador de Bahia (Brésil)**

La municipalité de Salvador, capitale de l'état de Bahia (Brésil), occupe une extension territoriale de 707 km<sup>2</sup>. Du point de vue politico-administratif, Salvador comprend 18 régions administratives (RA) et 12 districts sanitaires (DS). Du point de vue régional, elle fait partie de la Région



Métropolitaine de Salvador (RMS). Selon les estimations de l'Institut brésilien de géographie et de statistique (IBGE) pour l'année 2005, la population résidente de la ville de Salvador était de 2 673 560 habitants. Le CLS à l'étude est situé dans le DS d'Itapagipe, plus précisément dans le secteur de Massaranduba qui comprend, selon les estimations de l'IBGE pour l'année 2007, une population de 13 748 habitants.

### *1.1 Contexte organisationnel*

Le processus de conception du SUS brésilien a vu le jour lors des dernières années de la période dictatoriale jusqu'à sa légitimation en 1986, lors de la VIII Conférence nationale de santé. Il a été formalisé dans le chapitre de la Santé de la Constitution Fédérale de 1988 et ses dispositions constitutionnelles ont été réglementées officiellement par les Lois Organiques de Santé n° 8.080 et 8.142. La législation organique du SUS incorpore une conception élargie de la santé orientée vers l'amélioration des conditions sociales d'existence des populations et elle promeut la participation communautaire dans le processus de réorganisation du système de santé.

La participation constitue donc un axe essentiel des politiques de décentralisation des SSP qui s'institutionnalise par l'implantation des conseils de santé et des conférences de santé. Les dirigeants politiques et les cadres gestionnaires défenseurs de ce projet de réforme participative, préconisent l'idée que la décentralisation des SSP produira un rapprochement croissant entre l'administration publique et la société civile, cette dernière devenant un acteur primordial dans la formulation des politiques de santé publique. Ce dialogue institutionnel entre citoyen et État renforcerait la 'débureaucratiation' du système de santé, ce qui faciliterait la résolution des problèmes désormais collectivement formulés (Correia, 2005; C. F. Teixeira & Solla, 2006).

Depuis sa création en 1990, le Conseil national de secrétariats municipaux de santé (CONASEMS) essaie de promouvoir et de consolider un

modèle novateur de gestion publique de la santé axé sur la décentralisation et la municipalisation des services. Dans l'État de Bahia, l'organisme régulateur des conseils municipaux de santé est le Conseil provincial de secrétariats municipaux de santé (COSEMS-BA), inscrit au CONASEMS. Le COSEMS-BA est une instance civile à but non lucratif, ayant une autonomie administrative, financière et patrimoniale, de durée indéterminée et ayant son siège dans la ville de Salvador de Bahia<sup>8</sup>.

Ici, le Conseil municipal de santé (CMS) de Salvador a organisé en 2006 la VIII Conférence municipal de santé à un moment particulièrement important dans l'histoire récente de la SUS brésilien. Il y a 20 ans, la VIII Conférence nationale de santé, pilier fondamental du processus de Réforme du SUS, a consacré la santé en tant que droit de citoyenneté et devoir de l'État, tout en établissant les bases politiques et administratives nécessaires pour l'incorporation de ce droit dans la Constitution Fédérale de 1988.

C'est dans ce contexte légal, issu de la mobilisation politique d'un ensemble hétérogène d'acteurs intersectoriels poursuivant les idéaux utopiques de liberté, de solidarité et de justice sociale, qu'a lieu le processus d'implantation des CLS. Ce processus se déploie au cœur d'une myriade d'entraves d'ordre technoéconomique et politico-administratif incompatibles avec les politiques de décentralisation de la SMS. Le transfert de responsabilités du palier central aux paliers locaux se matérialise dans le *plan municipal de santé 2006-2009* qui place le processus d'implantation des CLS au centre des stratégies de réorganisation de soins sous la rubrique « Qualification du contrôle social ».

L'objectif général de cette section du plan municipal de santé 2006-2009 est celui de promouvoir la participation sociale de la santé et mettre en place un système de gestion participative. Ainsi, la ligne d'action 18 de ce plan est axée sur un ensemble d'actions et d'interventions spécifiques orientées, entre

---

<sup>8</sup> *Statuts du Conseil provincial des SMS de Bahia (COSEMS-BA), chapitre 1, article 1.*

autres, vers l'élargissement du débat public sur la Politique municipale de santé, la création d'un programme permanent de développement de compétences au niveau intersectoriel en matière de gestion des services de soins, le renforcement du rôle du CMS dans le processus de décentralisation des SSP et, finalement, l'implantation des conseils de district de santé (CDS) et des CLS comme espaces d'intégration de la participation populaire aux décisions d'intérêt collectif dans la gouverne de la SMS.

### ***1.2 Configuration du réseau sociotechnique***

La première étape du MTO est la *configuration du réseau sociotechnique*, constituée par ses sous-dimensions sociale et technique, à savoir, le positionnement social des acteurs et la logique technique de l'intervention.

En ce qui concerne le positionnement social des acteurs, nous avons identifié plusieurs entités organisationnelles impliquées directement ou indirectement dans la gouverne du CLS à l'étude, dont le déploiement s'opère en trois paliers d'influence organisationnelle. Les entités du palier central sont le Bureau de gestion participative (BGP) de la SMS, et l'Institut de santé collective (ISC) de l'Université Fédérale de Bahia (UFBA), alors que la Commission d'articulation et de mobilisation des habitants de la péninsule d'Itapagipe (CAMMPI) figure comme entité du palier régional. Les acteurs situés dans ces paliers d'influence n'ont pas de représentativité physique dans la composition du CLS, mais ils exercent une influence notable sur ses mécanismes de formalisation et de délégation. Enfin, le palier local, au niveau de la gouverne du CLS, dont les entités impliquées sont l'unité basique de santé (UBS) qui représente, en tant qu'organisme, le secteur de l'administration publique ainsi que les associations territoriales locales (ATL) qui, quant à elles, font partie des réseaux intersectoriels représentant le secteur de la société civile organisée du DS d'Itapagipe.

Le tableau 10 présente les différentes *scènes de repérage* des entités organisationnelles impliquées dans la gouverne du CLS selon le palier

d'influence et le secteur sociétal, ainsi que le champ de pratique exercé par les porte-paroles de ces entités :

Palier d'influence	Entité organisationnelle	Secteur sociétal	Champ de pratique
<i>Central</i>	BGP (SMS)	Administration publique	Cadre gestionnaire
	ISC (UFBA)	Administration publique	Corps académique
<i>Régional</i>	CAMMPI	Société civile	Collectif communautaire
<i>Local</i>	UBS	Administration publique	Cadre gestionnaire
	ATL	Société civile	Équipe professionnelle
			Collectif communautaire

**Tableau 10:** Acteurs impliqués dans la gouverne du CLS

Au niveau du palier central, le cadre gestionnaire du BGP a intérêt à renforcer le contrôle social dans le processus de réorganisation de la SMS ainsi que l'organisation des conférences de santé en partenariat avec les acteurs des CDS et des CLS. Pour ce faire, le BGP compte sur l'expertise du corps académique de l'ISC, à l'UFBA, qui prend en charge le processus de développement de compétences des acteurs impliqués dans la gouverne des CDS et des CLS. L'ISC est un centre de formation universitaire dans le domaine de la santé collective. Parmi ses multiples finalités, l'ISC est responsable de la formation de professeurs, de chercheurs, de cadres gestionnaires et d'autres acteurs qui font partie de la gouverne de la SMS. Au niveau régional, la CAMMPI est un espace public d'articulation et de mobilisation des collectifs communautaires et populaires de la RA d'Itapagipe, qui oriente ses activités vers le réseautage socioculturel et le développement social durable. Sur le plan local, le cadre gestionnaire de l'UBS est responsable de la planification de toutes les mesures nécessaires afin de proposer une offre de soins optimale pour la population, alors que les membres de l'équipe professionnelle jouent un rôle direct dans le processus de soins médicaux et notamment dans leur mise en œuvre au sein de l'UBS. Finalement, les collectifs communautaires des ATL

représentent les intérêts et les besoins en matière de services sociaux et de la santé des divers secteurs de la société civile populaire.

Ces acteurs présentent d'ailleurs un ensemble d'expertises en lien avec leur positionnement organisationnel, qui prennent la forme de *compétences identitaires*. Ces compétences leur permettent d'utiliser à leur avantage les règles et les ressources dont ils disposent dans l'échange et de maîtriser des incertitudes organisationnelles essentielles à d'autres. Le tableau 11 présente les intérêts fondamentaux associés à la vision et le mandat légal des entités impliquées ainsi que les compétences identitaires de leurs porte-paroles sous forme d'expertise technique, de maîtrise des informations, de maîtrise des règles administratives et de maîtrise des relations avec l'environnement.

<i>Palier</i>	<b>Entité organisationnelle</b>	<b>Intérêts et compétences identitaires</b>
<i>Central</i>	BGP (SMS)	- Renforcement du contrôle social dans le processus de réorganisation de la SMS - Expertise technique et maîtrise des informations et des règles
	ISC (UFBA)	- Développement de compétences des acteurs concernés - Expertise technique et maîtrise des informations et des règles
<i>Régional</i>	CAMMPI	- Développement local durable de la RA d'Itapagipe - Maîtrise des informations et des relations avec l'environnement
<i>Local</i>	UBS (Cadre gestionnaire)	- Planification de toutes les mesures nécessaires afin de proposer une offre de soin optimum pour la population du secteur sanitaire - Expertise technique et maîtrise des informations et des règles
	UBS (Équipe professionnelle)	- Mise en œuvre des soins médicaux au sein de l'UBS - Expertise technique et maîtrise des informations
	ATL	- Défense des intérêts et des besoins en matière de services sociaux et de la santé de la société civile - Maîtrise des relations avec l'environnement

**Tableau 11** : Intérêts fondamentaux et compétences identitaires des acteurs impliqués dans la gouverne du CLS

En ce qui concerne la logique technique de l'intervention, nous avons examiné les aspects relatifs à la structure physique, financière et juridique, les dynamiques de processus ainsi que les finalités du CLS. Les ressources physiques dont le CLS dispose sont celles de l'UBS ou bien celles des autres acteurs concernés. Il n'y a pas d'attributions financières spécifiques, tandis que sa structure juridique est configurée par les règlements du CMS et ceux du CLS proprement dit. Dans le cadre d'un agenda annuel, un conseil d'administration est organisé tous les mois d'une durée approximative de deux heures pouvant se prolonger de 30 minutes si les acteurs concernés l'exigent. La composition du CLS doit garder la parité parmi trois groupes de représentants : celui de la direction de la SMS (25 %), celui des professionnels de l'UBS (25 %), et enfin, celui des usagers des services de soins (50 %). Ici, le cadre gestionnaire assume le rôle de président et un membre de l'équipe professionnelle assume celui de secrétaire exécutif du CLS. Parmi les activités et les services produits par les membres du CLS on peut souligner notamment la réalisation de campagnes d'éducation et de promotion de la santé. L'objectif fondamental du CLS est d'ouvrir un espace de délibération et de permettre l'exercice du contrôle social quant à la formulation et à l'implantation des politiques de santé. Dans ce contexte, le CLS est responsable de surveiller et d'accompagner le développement des services offerts par l'UBS à la population, tout en le confrontant au plan municipal de santé de Salvador de Bahia.

### ***1.3 Établissement des dynamiques collaboratives***

La deuxième étape du MTO est l'*établissement des dynamiques collaboratives*, constituée par ses sous-dimensions comportementale et environnementale, à savoir, les dispositions groupales de coopération et les facteurs influents du contexte.

En ce qui concerne les dispositions groupales de coopération, nous centrons notre intérêt sur les dynamiques de communication entre les acteurs concernés et l'exercice de représentativité. La plupart des acteurs coïncide en ce

que leur communication, en tant que membres du CLS, représente une source considérable de controverses. L'interaction entre le cadre gestionnaire et les membres de l'équipe professionnelle de l'UBS, d'une part, et les représentants des ATL d'autre part, semble être très marginale, étant réduite exclusivement aux rencontres du conseil d'administration. Lors de ces rencontres les désaccords entre les acteurs sont habituellement gérés par l'entremise de ce qu'ils appellent le « consensus du conflit », c'est-à-dire la recherche de l'harmonie d'opinions a priori divergentes sur un sujet concret, quoique cela n'implique pas le consensus total parmi tous les membres au sujet de leurs intérêts et leurs enjeux.

Au-delà de ces rencontres, le moyen de communication privilégié est le téléphone, étant donné la précarité de ressources technologiques des entités impliquées, ce qui donne lieu à un processus de transfert plutôt linéaire et très irrégulier des informations entre les membres du CLS. La diversité des secteurs sociétaux représentés dans la gouverne des CLS facilite l'orientation de l'exercice communicatif vers un langage plutôt technique, qui n'est compris que par un nombre restreint d'acteurs représentant le secteur de la santé. De cette façon on peut observer un phénomène de « migration » de l'exercice participatif des collectifs communautaires vers les réseaux intersectoriels du DS d'Itapagipe, coordonnés notamment par la CAMMPI. Dans ce contexte organisationnel, autour du sujet du développement social durable, plusieurs porte-paroles des ATL se sentent vraiment écoutés et osent parler dans leurs propres termes au sujet des problèmes sociaux et de la santé perçus par leurs communautés.

Parallèlement, les flux de communication entre les acteurs du palier local et ceux du palier central est pratiquement inexistant. Le cadre gestionnaire de l'UBS assiste occasionnellement aux conseils d'administration du CMS et maintient un contact régulier avec quelques membres du BGP et de l'ISC, avec qui il se coordonne pour la mise en place d'un programme de développement de compétences entre les membres du CLS en matière de participation et de contrôle social dans la formulation des politiques de santé publique. Encore là, les

dynamiques communicatives existant entre les paliers d'influence demeurent réduites, dans le meilleur des cas, au contact sporadique entre les acteurs représentant le volet santé du secteur de l'administration publique, et sont exclusivement axées sur les problèmes de type organisationnel et socio-sanitaire détectés par ce groupe d'acteurs.

La question de la représentativité n'est pas moins controversée aux yeux des acteurs concernés. Au-delà des problèmes d'accessibilité sectorielle inhérents à la sélection élitiste externe du CLS, le transfert des informations pertinentes entre les porte-paroles et les membres de leurs entités organisationnelles soulève des enjeux majeurs. En fait, il semble évident que le transfert des informations à ce niveau demeure axé sur des dynamiques informelles dépendant en grande partie de la prédisposition des porte-paroles à maintenir une relation transparente et continuelle avec les membres de leurs entités de référence.

Par ailleurs, la totalité des acteurs représentant la société civile ont manifesté la nécessité accrue de renforcer les liens entre les porte-paroles de l'UBS et les collectifs des ATL représentés dans le CLS. Cette relation s'avère continue et dynamique, afin de pouvoir identifier les besoins socio-sanitaires de la communauté avant que les rencontres du CLS n'aient eu lieu, ainsi que d'avoir le temps de faire connaître les résultats des délibérations et des décisions prises lors de ces rencontres. Alors que les porte-paroles des ATL diffusent les informations produites dans la gouverne du CLS à un réseau de mobilisation intersectorielle plus large orienté vers le développement social durable, la plupart des porte-paroles de l'UBS restent considérablement étrangers aux mouvements communautaires de leur DS. Ceci représente un noyau de controverses, étant donné l'influence manifeste de la voix des acteurs représentant l'UBS à l'heure d'identifier les besoins de la communauté et de mobiliser les ressources nécessaires pour y faire face.



En ce qui concerne les facteurs du contexte influençant l'intégration organisationnelle des PP, nous centrons notre intérêt sur deux aspects cruciaux du contexte organisationnel du CLS à l'étude : d'une part, l'influence politico-administrative du programme de santé de la famille (PSF), implanté dans le cadre des politiques de décentralisation des SSP adoptées dans le plan municipal de santé 2006-2009 de Salvador de Bahia et, d'autre part, l'influence socioculturelle exercée par le réseautage intersectoriel mis en place par la CAMMPI depuis 1998.

D'abord, le PSF constitue une stratégie ministérielle d'appui au processus de décentralisation participative des SSP qui vise le perfectionnement de l'organisation territoriale de la distribution du réseau de services du SUS, tout en privilégiant les zones périphériques du réseau. Ceci implique la transformation progressive des UBS dans des unités de santé de la famille (USF) dont l'une des lignes directrices principales est axée sur la création et l'implantation des CLS. Dans ce contexte organisationnel, le processus d'intégration des PP dans la gouverne de la SMS fait partie intégrante de la fonction des équipes des USF, dont les cadres gestionnaires et équipes professionnelles ont la responsabilité d'organiser le processus de formalisation des CLS.

Ce processus de décentralisation participative des SSP, actuellement en cours dans la gouverne de la SMS de Salvador de Bahia, peut influencer significativement les dispositions groupales de coopération existantes au sein du CLS à l'étude, celui-ci ayant été implanté dans une UBS qui sera transformée sous peu en USF. Pour certains porte-paroles, le changement drastique dans la composition des équipes professionnelles et du cadre gestionnaire des UBS constitue un des facteurs pouvant influencer négativement le processus d'intégration des PP. Il existe néanmoins l'opinion, notamment parmi les porte-paroles représentant l'UBS, que l'implantation des USF pourrait renforcer l'intégration de l'idéal participatif promu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP. Cet argumentaire est axé sur le fait que,

pour bénéficier du transfert des ressources fédérales, les USF doivent contempler l'exigence administrative de création et d'implantation des CDS et de leurs CLS respectifs.

Par ailleurs, les influences contextuelles de type socioculturel sont associées au réseautage intersectoriel et aux valeurs inhérentes à la culture participative de la région. Dans ce sens, le travail d'articulation et de mobilisation communautaire effectué par la CAMMPI dans le DS d'Itapagipe constitue un facteur essentiel dans le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne du CLS. Dans la mesure où la relation entre le niveau socioéconomique des populations et leur degré de participation semble bien évidente, les contributions de la CAMMPI aux efforts régionaux de développement social durable sont perçues par les acteurs concernés comme un repère pieu en matière de participation sociale et communautaire.

En fait, tous les collectifs communautaires représentant les ATL sont engagés dans le mouvement de réseautage intersectoriel organisé par la CAMMPI. Ce processus d'interrelation effective entre les collectifs communautaires du DS renforce l'émergence, aux yeux des acteurs concernés, d'une culture participative fondée sur la mobilisation sociale et les valeurs de citoyenneté, la confiance et l'engagement civique, mais il représente en même temps une menace pour les porte-paroles des entités organisationnelles représentant le secteur de l'administration publique.

#### ***1.4 Constitution du système complexe participatif***

La troisième étape du MTO est la constitution du *système complexe d'action et d'intervention participatif*, constituée par ses sous-dimensions stratégique et systémique, à savoir, les rapports stratégiques de pouvoir et les mécanismes systémiques de régulation.

En ce qui concerne les rapports de pouvoir, nous centrons notre intérêt depuis leur perspective stratégique sur les processus de problématisation et les stratégies d'intéressement et d' enrôlement qui aboutissent, à un moment donné, à des actions et des interventions de nature institutionnelle. Il s'agit-là d'un processus de mise en action du réseau sociotechnique dont les instigateurs principaux sont, au palier central, le cadre gestionnaire du BGP et au palier local, le cadre gestionnaire de l'UBS, qui délèguera postérieurement la dynamisation du réseau local dans la figure du secrétaire exécutif.

Dans ce contexte, la traduction du réseau sociotechnique configuré au sein du CLS prend la forme d'un processus stratégique de production intersectorielle de connaissances entre, d'une part, les membres du BGP et le corps académique de l'ISC et, d'autre part, les porte-paroles de la CAMMPI, de l'UBS et enfin les collectifs communautaires des ATL. La capacité de mobilisation et de coopération de toutes les catégories d'acteurs provient de l'émergence d'un point de passage obligé qui se construit autour des controverses associées aux dynamiques de communication et à l'exercice de la représentativité. Ici, l'expertise technique des représentants de l'UBS, ainsi que la maîtrise des règles et des informations au sujet du système de santé des acteurs du palier central, semble s'imposer légitimement à la maîtrise des relations avec l'environnement socioculturel propre des ATL représentées dans le CLS.

Ceci donne lieu à un établissement des priorités et des voies d'action collective fondé sur la mise en place d'un programme de développement de compétences au sujet de la participation et du contrôle social dans le SUS brésilien. Il s'agit-là d'un jeu stratégique d'intéressement organisé par le BGP qui implique le déplacement des logiques d'action initiales des acteurs concernés en fonction d'un ensemble de compétences où seulement les acteurs du palier central de la SMS seront porteurs de l'expertise technique et de la maîtrise des informations nécessaires pour assumer une telle responsabilité. Le BGP compte alors sur l'expertise technique du corps académique de l'ISC qui prend en charge

la planification stratégique et situationnelle de ce programme innovateur au niveau de la SMS de Salvador de Bahia. Cette alliance stratégique entre le BGP, l'ISC et le cadre gestionnaire de l'UBS vise le renouvellement du réseau sociotechnique établi par le CLS, tout en assurant la mise en place d'un processus de redistribution des rôles des parties prenantes en consonance avec les principes directeurs du PSF et des politiques régionales de décentralisation des SSP.

Le programme de développement de compétences offert par le BGP se présente donc comme une solution incontournable aux controverses associées aux dynamiques de communication et à l'exercice de la représentativité identifiées par les acteurs concernés. Ici, on peut en déduire à la lumière des comportements participatifs des acteurs concernés que la planification et l'implantation de cette innovation constituent un agencement stratégique de recherche et de conquête de pouvoir configurant le réseau sociotechnique établi par le CLS. L'interpénétration des jeux stratégiques de pouvoir qui se développent et se structurent autour du programme de développement de compétences en matière de participation et de contrôle social dans le domaine de la santé fait émerger un système complexe d'action et d'intervention participatif s'appuyant sur un processus paradoxal de régulation conjointe.

Par conséquent, en ce qui concerne les mécanismes de régulation, nous centrons notre intérêt, depuis leur perspective systémique, sur les processus de formalisation et de délégation explicite qui aboutissent en temps donné à des transactions parmi les champs de pratiques exercées dans le cadre de la gouverne du CLS. Il s'agit-là d'un processus de mise en réseau des acteurs intersectoriels constitué par des forces de tension paradoxales mais potentiellement complémentaires qui se tissent entre les différents groupes d'acteurs configurant le réseau sociotechnique constitué par le CLS.

D'une part, la formalisation de ce réseau sociotechnique est le reflet de la maîtrise des règles et des informations sous-jacente aux jeux

stratégiques de pouvoir qui se nouent entre les acteurs concernés. Il s'agit bien d'un processus de coordination intersociétale entre le BGP, l'ISC et le cadre gestionnaire de l'UBS qui porte sur la mise en action des règles de conduite plus ou moins explicites dont le but est d'orienter les comportements participatifs des acteurs concernés par la mise en place d'un programme innovateur axé sur le développement de compétences participatives.

Ce processus de régulation organisé par un sous-groupe d'acteurs représentant le volet santé du secteur de l'administration publique dans la gouverne du CLS, facilite l'émergence des zones d'incertitude aux yeux des porte-paroles des ATL représentant les divers secteurs de la société civile. Bien qu'elle soit inégalitaire, on parle ici d'une relation de symétrie organisationnelle fondée sur une dynamique de régulation de contrôle, où les structures formelles d'encadrement deviennent des porte-paroles techniques aussi importants que les porte-paroles sociaux des entités organisationnelles qui configurent le réseau sociotechnique. Tel est le cas du manuel des règlements à l'interne du CLS, ou encore les principes directeurs du PSF adopté par le plan municipal de santé 2006-2009 de Salvador de Bahia. Ces règlements contemplent la mise en place, en partenariat avec les organismes pertinents, d'un programme permanent de développement de compétences des acteurs concernés orienté vers l'exercice du contrôle social au sein de la SMS. Il s'agit bien d'un processus de délégation explicite exogène en ce que l'espace d'action et d'intervention participatif du CLS est influencé par d'autres réseaux sociotechniques qui déterminent en partie les comportements stratégiques des acteurs concernés par des mécanismes de régulation de contrôle autres que ceux qui régissent la gouverne du CLS.

D'autre part, les porte-paroles des ATL représentant le secteur de la société civile, face aux zones d'incertitude développées par des alliances entre les acteurs gouvernementaux représentant le secteur de l'administration publique, s'organisent et s'intègrent graduellement dans un réseau intersectoriel de mobilisation et d'articulation citoyenne mise en place par la CAMMPI. Les porte-

paroles trouvent dans ce réseau un espace de négociation où ils régulent leurs relations et facilitent l'émergence des mécanismes de coordination et d'équilibre qu'ils s'attribuent pour élargir le champ d'action du CLS. Il s'agit bien d'un processus de délégation tacite endogène, en ce que l'on trouve toujours au palier local des agents intégrateurs ou traducteurs du projet collectif qui assurent l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS.

Ces processus de régulation autonome peuvent faciliter l'intégration des rapports stratégiques de pouvoir complémentaires aux mécanismes de régulation de contrôle établis par le secteur gouvernemental du CLS et rendre possible la création d'un projet collectif plus ou moins innovateur, même si celui-ci n'est pas tout à fait conforme à celui prédit par les structures formelles d'encadrement de la SMS. Ces mécanismes systémiques de régulation conjointe permettent l'émergence d'un espace de négociation malléable au sens où les acteurs peuvent le respecter tout en conservant leur marge de liberté. Or, l'existence de ce double scénario de négociations et d'échanges progressifs peut dévier l'implication des acteurs concernés, en absence de la mise en place d'un projet collectif innovateur, hors du champ d'influence du réseau constitué par le CLS.

## **2. Le conseil local de santé aux Îles Canaries (Espagne)**

Les îles Canaries sont une des dix-sept communautés autonomes espagnoles situées dans un archipel atlantique, au nord-ouest du Sahara occidental. Elles occupent une extension territoriale de 7 447 km<sup>2</sup>. Du point de vue administratif, les îles Canaries sont divisées en deux provinces, Las Palmas et Santa Cruz de Tenerife, qui font partie des régions ultrapériphériques de l'Union européenne. Selon les estimations de l'Institut canarien de statistique (ISTAC) pour l'année 2009 la population résidente de l'archipel canarien était de 2 103 992 habitants. Notre milieu de recherche se situe dans la province de Las Palmas, plus spécifiquement dans l'île de Grande Canarie. Le CLS à l'étude est situé dans la

municipalité de Gáldar, située au nord-est de l'île et comprend, selon les estimations de l'ISTAC pour l'année 2009, une population de 24 405 habitants.

### ***2.1 Contexte organisationnel***

En Espagne, la Constitution espagnole instaurée en 1978 représente un fait sans précédent au regard de la reconnaissance des droits fondamentaux des citoyens. Dans ce contexte de transition politique, la Loi Générale de la Santé 14/1986 voit la lumière le 25 avril 1986 et rassemble les conditions pour mettre en place le Système national de santé (SNS) par l'intégration de divers sous-systèmes de santé publics. La finalité fondamentale du SNS consiste à la régulation générale de toutes les actions permettant la gestion d'un système de soins dont les principes fondamentaux sont l'universalisation de l'assistance sanitaire, l'accessibilité et la déconcentration – axées sur un processus de régionalisation sanitaire – la décentralisation et les SSP, entre autres.

Ainsi, le panorama général des politiques de décentralisation des SSP trouve en Espagne ses origines dans le transfert de compétences et de responsabilités du palier central vers les communautés autonomes. Celles-ci sont des régions administratives (RA) organisées en fonction d'un référentiel intégral au niveau national de telle manière qu'il leur soit possible d'offrir toutes les prestations inhérentes au SNS. Ces RA sont distribuées suivant des démarcations territoriales dans la poursuite des principes d'accessibilité des services de soins aux populations et de gouverne décentralisée de type participatif (Martin-Garcia, Ponte-Mittelbrun, & Sanchez-Bayle, 2006).

Dans ce contexte, la communauté autonome canarienne, la loi d'organisation sanitaire des îles Canaries<sup>9</sup> (LOSCA) reconnaît le droit des citoyens à participer, par les espaces pertinents, aux activités relatives au secteur de la santé et, plus particulièrement, aux processus de réorganisation, d'évaluation

---

<sup>9</sup> *Loi 11/1994, du 26 juillet, d'organisation sanitaire des îles Canaries.*

et de contrôle du SCS. Ici, la création des conseils de santé comme espaces de consultation populaire, ainsi que des conseils de direction de zone<sup>10</sup> comme espaces d'un certain pouvoir décisionnel, représente en soi une opportunité de participation et d'intégration des divers secteurs sociétaux dans le débat public, ce qui constitue un phénomène inédit dans l'histoire du SCS.

Ainsi, inspirés du modèle de décentralisation brésilien, les dirigeants responsables du SCS structurent depuis 1999 la participation aux décisions d'intérêt socio-sanitaire par le biais de la mise en place des conseils de santé. La participation citoyenne dans ces espaces est conçue comme un processus pédagogique et de contrôle social au sujet de la santé des populations. Aux îles Canaries, les conseils de santé sont considérés comme des instances institutionnelles de formation d'opinion publique et de volonté politique et non comme des instruments de gouverne administrative du système de santé. Leur possibilité d'action est axée dans la capacité réelle d'influence de l'agenda organisationnel de l'administration centrale du SCS, dans la mesure où ils servent d'intermédiaires entre l'opinion d'intérêt collectif et les décisions prises par les cadres gestionnaires des instances des paliers central et régional.

## ***2.2 Configuration du réseau sociotechnique***

La configuration du réseau sociotechnique du CLS canarien, constitué par ses sous-dimensions sociale et technique, est donnée par le positionnement social des acteurs et la logique technique de l'intervention.

En ce qui concerne le positionnement social des acteurs, nous avons identifié plusieurs entités organisationnelles impliquées directement ou indirectement dans la gouverne du CLS à l'étude, dont le déploiement s'opère en trois paliers d'influence organisationnelle. L'entité du palier central est le Département de planification stratégique, de participation et de coopération

---

<sup>10</sup> Dans le système d'organisation sanitaire des îles Canaries, chaque zone représente une île de l'archipel canarien



internationale (DPSPCI), alors que l'Unité technique d'appui (UTA) à la Direction des SSP figure comme entité du palier régional. De même que dans le cas brésilien, ces acteurs n'ont pas de représentativité physique dans la composition du CLS, mais ils exercent une influence notable sur ses mécanismes de formalisation et de délégation explicite exogène. Quant au palier local, il y a, d'une part, le Conseil de durabilité municipale (CDM) et, d'autre part les entités impliquées dans la gouverne du CLS. Ces entités sont le Centre de santé (CS) et la Ville de Gáldar, qui représentent le secteur de l'administration publique, la pharmacie, qui représente le secteur industriel, et finalement les associations territoriales locales (ATL) qui font partie des réseaux intersectoriels représentant le secteur de la société civile de la municipalité de Gáldar.

Le tableau 12 présente les différentes *scènes de repérage* des entités organisationnelles impliquées dans la gouverne du CLS selon le palier d'influence et le secteur sociétal, ainsi que le champ de pratique exercé par les porte-paroles de ces entités :

Palier d'influence	Entité organisationnelle	Secteur sociétal	Champ de pratique
<i>Central</i>	DPSPCI	Administration publique	Cadre gestionnaire
<i>Régional</i>	UTA	Administration publique	Équipe professionnelle
<i>Local</i>	CDM	Administration publique	Instance municipale
	CS	Administration publique	Cadre gestionnaire
			Équipe professionnelle
	Ville	Administration publique	Instance municipale
	Pharmacie	Industrie capitaliste	Agent commercial
ATL	Société civile	Collectif communautaire	

**Tableau 12: Acteurs impliqués dans la gouverne du CLS**

Au niveau du palier central, le cadre gestionnaire du DPSPCI présente la finalité d'appuyer la Direction du SCS dans les fonctions de régulation institutionnelle au sujet de la planification stratégique, la participation et la coopération internationale. Il est l'organisme instigateur du processus d'implantation des conseils de santé aux îles Canaries. Au niveau régional, l'UTA est l'organisme responsable de produire et de transférer à la Direction des SSP les informations nécessaires pour faciliter la prise de décisions au sujet des politiques de décentralisation participative des SSP. Sur le plan local, le CDM poursuit la finalité de promouvoir un processus de réflexion et de responsabilisation conjointes entre les entités de l'administration publique et la citoyenneté au sujet des aspects quotidiens de la ville. Concernant les acteurs impliqués dans la gouvernance du CLS, le cadre gestionnaire du CS a pour but d'organiser, par les moyens assignés à son secteur d'activité, la planification des activités de santé publique et de promotion de la santé ainsi que de coordonner le travail de l'équipe professionnelle du CS. Cette équipe, pour sa part, vise l'amélioration, par une approche pluridisciplinaire, de l'état de santé et de la qualité de vie de la communauté de leur RA, tout en favorisant une utilisation plus efficace des ressources et une plus grande satisfaction de la part des usagers du CS. L'intérêt de la Ville, représentée par deux instances municipales politiquement opposées, réside dans sa responsabilité d'implantation des programmes municipaux de santé publique et de surveillance épidémiologique alors que l'intérêt de la pharmacie se trouve dans la mise en place d'un processus de distribution efficace des traitements médicaux à la population. Finalement, les collectifs communautaires des ATL représentent les intérêts et les besoins en matière de services sociaux et de la santé des divers secteurs de la société civile populaire.

Les *compétences identitaires* des acteurs concernés, c'est-à-dire, les expertises qu'ils présentent en lien avec leur positionnement organisationnel vont leur permettre, tout comme dans le cas brésilien, d'utiliser à leur avantage les règles et les ressources dont ils disposent dans l'échange et de maîtriser des incertitudes organisationnelles essentielles pour les autres. Le tableau 13 présente

les intérêts fondamentaux associés à la vision et au mandat légal des entités impliquées ainsi que les compétences identitaires de leurs porte-paroles sous forme d'expertise technique, de maîtrise des informations, de maîtrise des règles administratives ou de maîtrise des relations avec l'environnement.

<i>Palier</i>	<b>Entité organisationnelle</b>	<b>Intérêts et compétences identitaires</b>
<i>Central</i>	DPSPCI	- Appui technique à la Direction du SCS et implantation des CLS - Expertise technique et maîtrise des informations et des règles
<i>Régional</i>	UTA	- Production et transfert à la Direction des SSP des informations relatives à la décentralisation participative des SSP - Expertise technique et maîtrise des informations et des règles
<i>Local</i>	CDM	- Création des espaces de responsabilisation entre la Ville et la citoyenneté - Maîtrise des informations, des règles et des relations avec l'environnement
	CS (Cadre gestionnaire)	- Planification des activités de santé publique et de promotion de la santé - Expertise technique et maîtrise des informations et des règles
	CS (Équipe professionnelle)	- Amélioration de l'état de santé de la population - Expertise technique et maîtrise des informations
	Ville  Pharmacie  ATL	- Implantation des programmes municipaux de santé publique - Expertise technique et maîtrise des informations et des règles - Distribution efficace des médicaments et des traitements médicaux - Expertise technique et maîtrise des informations - Défense des intérêts et des besoins en matière de santé de la société civile - Maîtrise des relations avec l'environnement

**Tableau 13:** Intérêts fondamentaux et compétences identitaires des acteurs impliqués dans la gouverne du CLS

En ce qui concerne la logique technique de l'intervention, nous avons examiné les aspects relatifs à la structure physique, financière et juridique, les dynamiques de processus ainsi que les finalités du CLS. Les ressources

physiques dont le CLS dispose sont celles du CS de référence ou bien celles des autres acteurs concernés. Il n'y a pas d'attributions financières spécifiques, tandis que sa structure juridique est configurée par les règlements du CLS proprement dit. Ils organisent, dans le cadre d'un agenda annuel, un conseil d'administration tous les deux mois, d'une durée approximative de deux heures pouvant se prolonger d'une heure selon l'avis des acteurs concernés. La composition du CLS doit garder la parité parmi trois groupes de représentants : celui du groupe municipal de gouvernement (25 %), celui des professionnels du CS (25 %), et enfin, celui des usagers des services de soins (50 %). Ici, le cadre gestionnaire assume le rôle de président et un membre de l'équipe professionnelle assume celui de secrétaire exécutif du CLS. Parmi les activités et les services produits par les membres du CLS on peut souligner notamment la réalisation de campagnes d'éducation et de promotion de la santé et l'organisation de la conférence de santé de la RA de Gáldar. La finalité fondamentale du CLS est la création d'un espace d'analyse et de débat autour de la situation de santé de la communauté et de participer dans la planification et la gestion du plan de santé de la RA de Gáldar, tout en promouvant un degré élevé de collaboration avec les organismes communautaires agissant dans le secteur de la santé.

### ***2.3 Établissement des dynamiques collaboratives***

La deuxième étape du MTO est l'*établissement des dynamiques collaboratives*, constituée de ses sous-dimensions comportementale et environnementale, à savoir les dispositions groupales de coopération et les facteurs influents du contexte.

En ce qui concerne les dispositions groupales de coopération, nous centrons notre intérêt sur les dynamiques de communication entre les acteurs concernés et l'exercice de représentativité. Dans ce cas, la présence d'un ensemble hétérogène d'entités organisationnelles dans la gouverne du CLS met en relief les difficultés inhérentes à la multiplicité de perspectives qui se confrontent lors des rencontres. Au palier local, l'émergence de trois sous-groupes d'acteurs

se fait de plus en plus évidente à l'heure d'identifier les besoins de la population et de mobiliser les ressources nécessaires pour y faire face. D'abord, le cadre gestionnaire et les membres de l'équipe professionnelle du CS ainsi que l'agent commercial de la pharmacie représentent le volet santé du secteur de l'administration publique et disposent des moyens nécessaires pour développer une dynamique de correspondance interne assez fluide et effective. Ensuite, les instances municipales de la Ville comptent, pour leurs dossiers, sur la collaboration étroite de plusieurs membres de l'équipe professionnelle du CS, ce qui facilite le partage des informations entre le CS et la Ville. Enfin, les collectifs communautaires configurant le réseau des ATL se trouvent éparpillés dans une marge géographique assez large de la région et ne maintiennent qu'un rythme de communication intergroupe très irrégulier et canalisé soit par les acteurs du CS soit par les instances municipales de la Ville.

Plus spécifiquement, en ce qui concerne les dynamiques communicatives lors des conseils d'administration du CLS, on peut observer la tendance à l'établissement des conversations parallèles ainsi qu'à l'utilisation d'un langage particulièrement technique axé sur un jargon médical qui réveille chez les porte-paroles sociaux des ATL un sentiment de manque de compétences au moment de s'impliquer dans le travail coopératif du CLS. La question du temps devient ici un facteur essentiel car cela amène le groupe à hiérarchiser les aspects problématiques en fonction des critères de type biomédical. Ceci empêche les collectifs communautaires de s'exprimer dans des termes par lesquels les communautés représentent et conçoivent leurs propres problèmes de santé. De plus, les rencontres, étant souvent dépendantes du CS, sont continuellement interrompues car les services des membres de l'équipe professionnelle sont souvent nécessaires au fonctionnement du CS, ce qui ralentit la dynamique des rencontres et empêche de remplir les tâches désignées par l'ordre du jour.

Toujours dans ce contexte, une controverse émergente et assez particulière de nos analyses est mise en évidence par les différences existant entre

les perceptions des divers sous-groupes en ce qui a trait à la qualité de l'agir communicationnel au sein des rencontres du CLS. Alors que les porte-paroles représentants du CS, de la pharmacie et de la Ville considèrent que les dynamiques communicationnelles sont un atout lors de leurs rencontres et que la communication entre les membres du CLS est très fluide et dynamique, les porte-paroles des ATL s'expriment de façon très négative et réticente à cet égard, considérant que le forum de délibération constitué par le CLS est souvent utilisé par les instances municipales en tant qu'espace de confrontations politiques où les conflits d'intérêts nuisent aux dispositions groupales de coopération.

En lien direct avec ces enjeux, la question de la représentativité constitue également un noyau de controverses associé au fonctionnement et aux règlements du CLS. Alors que les membres représentants du CS et de la Ville sont assignés comme porte-paroles en fonction de leur position dans leurs entités organisationnelles de référence, les membres des ATL doivent être choisis par un processus de sélection parmi tous les collectifs communautaires de la municipalité. Cette différence, quant au processus de sélection des porte-paroles et des entités organisationnelles, semble se manifester postérieurement dans le degré de motivation et d'implication des membres du CLS lors des activités organisées par les diverses commissions de travail.

Dans ce contexte, tel que dans le cas brésilien, les acteurs concernés questionnent la qualité du processus de transfert des informations entre les porte-paroles et les membres des entités organisationnelles représentées dans la gouverne du CLS. Les intérêts des porte-paroles sociaux ne coïncident pas nécessairement avec le mandat légal de leurs entités organisationnelles. Cet enjeu semble beaucoup plus appréciable chez les ATL qui doivent rendre compte des évolutions des rencontres tenues au sein du CLS aux secteurs de la population qu'elles représentent. On s'aperçoit bien des différences par rapport aux groupes d'acteurs représentant le CS et la Ville, dont l'exercice représentatif est confiné aux membres de leur entité organisationnelle, ce qui facilite le transfert des

informations pertinentes au sein des organismes représentant le secteur de l'administration publique.

En ce qui concerne les facteurs du contexte influençant l'intégration organisationnelle des PP, nous centrons notre intérêt sur deux aspects cruciaux du contexte organisationnel du CLS à l'étude : d'une part, l'influence politico-administrative du programme de territorialisation du SCS, implanté dans le cadre des politiques de décentralisation des SSP adoptées dans le plan stratégique de santé 2004-2008 des îles Canaries et, d'autre part, l'influence socioculturelle exercée par le processus de revitalisation de l'Agenda local 21 (AL21) amené par le CDM de Gáldar depuis 2006.

La viabilité des politiques de territorialisation du SCS constitue un des enjeux organisationnels clés du plan stratégique de santé 2004-2008 des îles Canaries. La participation de la communauté et la coopération intersectorielle, ainsi que la coordination interne entre les différents paliers d'influence deviennent des stratégies incontournables pour les programmes de cogestion existant entre les différentes directions générales du SCS. Dans ce contexte, l'implantation des CLS comme espaces institutionnels de participation sociale aux décisions d'intérêt collectif semble prendre forme lors d'un processus de territorialisation très lent et laborieux et commence de cette façon à faire partie de l'agenda politique du SCS.

Une exigence clé des politiques de territorialisation du SCS est l'organisation d'une conférence de santé au niveau municipal, qui consiste à mettre en place un forum participatif d'analyse, de débat et de consensus organisé par les CLS ayant pour but d'établir un diagnostic sur l'état de santé de la population de la municipalité et d'orienter la planification et la mise en place des politiques locales de santé. Les acteurs intersectoriels du CLS de Gáldar ont organisé en 2003 la première conférence de santé tout en ouvrant un espace de débat orienté vers l'identification de besoins et la mobilisation de ressources autour de quatre points thématiques : les problèmes de santé-maladie, les

problèmes de santé publique et de qualité de vie, les problèmes associés à la gestion du système de santé et les problèmes de réorganisation des services de soins.

Ce processus a été développé en partenariat avec de nombreux acteurs intersectoriels représentant les secteurs de l'administration publique, la société civile et l'industrie privée des soins et a été perçu par la plupart des acteurs représentant le CS et la Ville comme l'expression d'un exercice démocratique hautement participatif. Malgré cette perspective optimiste quant au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne du CLS, les acteurs représentant le secteur de la société civile montrent de leur part un certain degré de scepticisme à cet égard. Pour eux, la conférence de santé a été un événement ponctuel et n'a pas eu de continuité dans le temps, ce qui ne permet pas l'actualisation constante des besoins identifiés par les différents secteurs sociétaux.

Par ailleurs, ce processus de territorialisation du SCS coïncide au palier local avec la revitalisation, mise en place par le CDM, de l'AL21. Le CDM est un organisme municipal de participation citoyenne axé sur la consultation et le consensus sur les aspects associés au développement social durable de la municipalité. L'une des fonctions du CDM est celle de proposer et de promouvoir l'AL21 comme méthode participative de planification des politiques municipales orientées vers le développement durable. Dans ce contexte de planification participative, le réseau sociotechnique constitué par le CLS trouve son expression en tant qu'acteur en soi, c'est-à-dire, en tant qu'entité organisationnelle qui envoie ses porte-paroles sociaux et techniques au réseau intersectoriel créé par l'AL21. Pourtant, l'émergence de cet espace participatif est perçue par certains acteurs du CLS représentant le secteur de l'administration publique comme une menace envers l'établissement d'un processus élargi de coopération intersectorielle.



## **2.4 Constitution du système complexe participatif**

La constitution du *système complexe d'action et d'intervention participatif*, avec ses sous-dimensions stratégique et systémique, est illustrée par les rapports stratégiques de pouvoir et les mécanismes systémiques de régulation.

Depuis leur perspective stratégique, les rapports de pouvoir sont soulevés par la problématisation constante et les stratégies d'intéressement et d'enrôlement aboutissant, à un moment donné, à l'organisation d'un événement de nature intersectorielle. Il s'agit-là d'un processus de mise en action du réseau sociotechnique dont les instigateurs principaux sont, au palier central, le cadre gestionnaire du DPSPCI, et au palier local, le cadre gestionnaire du CS et le secrétaire exécutif du CLS. Il est important ici de prendre en compte l'écart existant, depuis le début du processus d'implantation des CLS, entre les membres du DPSPCI et ceux de l'UTA.

Dans ce contexte, la traduction du réseau sociotechnique configuré au sein du CLS prend la forme d'un processus stratégique de production interdisciplinaire de connaissances et d'articulation intersectorielle d'actions entre, d'une part, les membres du DPSPCI et de l'UTA et, d'autre part, les acteurs du palier local impliqués dans la gouverne du CLS. La capacité de coopération et de mobilisation de toutes les catégories d'acteurs se dénote par l'émergence d'un point de passage obligé qui prend forme autour de l'importance d'un diagnostic communautaire de santé à l'échelle de la municipalité de Gáldar. Ici, l'expertise technique des représentants du CS et du secteur industriel ainsi que la maîtrise des informations des instances municipales, semble s'allier stratégiquement avec les savoirs associés à la maîtrise des relations avec l'environnement socioculturel propre aux ATL représentées dans le CLS.

Le réseautage intersectoriel qui se tisse entre les acteurs concernés autour d'un ensemble des priorités et des voies d'action collective aboutit dans la mise en place d'une conférence de santé comme projet innovateur du CLS,

orienté vers l'identification de problèmes sociaux et de santé de la population ainsi que vers la mobilisation des ressources pour les résoudre. Il s'agit-là d'un jeu stratégique d'intéressement et d'enrôlement qui implique le déplacement des logiques d'action initiales des acteurs concernés en fonction d'un ensemble de compétences où tous les acteurs impliqués dans la gouverne du CLS seront porteurs de l'expertise technique et de la maîtrise des informations et des règles nécessaires pour assumer leur part de responsabilité. Les acteurs concernés par ce projet innovateur doivent jouer en conséquence un rôle renouvelé par rapport à celui-ci, qu'ils acceptent et qui est porteur de sens pour eux quant à leurs intérêts.

Dans ce contexte, les membres du CS et les instances municipales de la Ville, en partenariat avec les acteurs du CDM garants de la revitalisation de l'AL21, prennent la responsabilité, au niveau local, de l'organisation de la première conférence de santé de la municipalité de Gáldar. Ce réseau local compte sur l'appui des acteurs des paliers central et régional responsables du processus d'implantation des CLS. Cette alliance stratégique entre le CS, la Ville et le CDM vise un renouvellement du réseau sociotechnique constitué par les entités représentées dans la gouverne du CLS tout en assurant la mise en place d'un processus de redistribution des rôles des parties prenantes en consonance avec les principes directeurs de territorialisation du SCS et des politiques régionales de décentralisation des SSP.

La conférence de santé organisée par le CLS se présente ainsi comme une solution incontournable au besoin d'un diagnostic communautaire de santé identifié par les acteurs du palier central et corroboré par les acteurs locaux impliqués dans la gouverne du CLS. Ici, on peut en déduire, à la lumière des arrangements de partenariat développés par les acteurs concernés, que la planification et la mise en place de ce projet innovateur constituent un agencement stratégique de recherche et de conquête de pouvoir consolidant le réseau sociotechnique constitué par le CLS. Comme dans le cas brésilien, l'interpénétration des jeux stratégiques de pouvoir qui s'élaborent et se structurent

autour de cet événement fait émerger un système complexe d'action et d'intervention participatif s'appuyant sur un processus paradoxal de régulation conjointe. Bien que dans un premier moment les forces de tension paradoxales existant entre les acteurs concernés se montrent potentiellement complémentaires, la synthèse systémique de leurs rapports stratégiques de pouvoir nous montre qu'elles peuvent être aussi une source de nouvelles divergences entre les acteurs impliqués dans la gouverne du CLS.

En effet, depuis leur perspective systémique, les mécanismes de régulation sont rendus par un processus de formalisation et de délégation explicite qui aboutit, à un moment donné, à des transactions locales parmi les champs de pratiques au sein de la gouverne du CLS. Il s'agit-là d'un processus de mise en réseau des acteurs constitué par des forces de tension paradoxales amplement controversées qui se tissent entre les différents groupes d'acteurs configurant le réseau sociotechnique constitué par le CLS.

D'une part, la formalisation de ce réseau sociotechnique prend en considération, de façon très large, les compétences identitaires des acteurs concernés du palier local. Ici, les rapports stratégiques de pouvoir qui se nouent entre ces acteurs sont fondés sur un processus de coordination intersectorielle entre le cadre gestionnaire du CS, le secrétaire exécutif du CLS et les instances municipales de la Ville. Ce processus porte sur la mise en action des principes directeurs du projet de territorialisation du SCS par l'organisation de la première conférence de santé de la municipalité de Gáldar.

Les trois sous-groupes d'acteurs impliqués dans la gouverne des CLS, à savoir les acteurs du domaine de la santé, les instances municipales et les collectifs communautaires, réussissent à développer une dynamique de régulation autonome fondée sur la coopération intersectorielle et un certain degré de coordination interinstitutionnelle. Par ailleurs, étant donné la convergence de leur mandant légal, les arrangements de partenariat mis en place entre ces acteurs et

les membres du CDM responsables de la revitalisation de l'AL21, semblent réaffirmer la formalisation du réseau constitué par le CLS. De cette façon, l'implantation du CLS et la reprise en charge de l'AL21 au niveau municipal prennent la forme d'un processus de délégation explicite exogène depuis les porte-paroles sociaux et techniques des entités organisationnelles du palier central. En fait, ce processus est amplement influencé par les stratégies centrales de territorialisation du SCS et les politiques régionales de décentralisation des SSP, qui contemplent dans leurs règlements respectifs la mise en place d'un processus communautaire de diagnostic de santé par l'organisation des conférences municipales de santé.

D'autre part, la responsabilisation sur le plan local des stratégies centrales fait apparaître un processus de régulation de contrôle qui se matérialise cette fois-ci horizontalement entre les acteurs impliqués dans la gouverne du CLS. À partir d'un certain moment, la nature intersectorielle du forum participatif créé par l'AL21 apparaît aux yeux du sous-groupe d'acteurs représentant le domaine de la santé comme une menace potentielle à la consolidation du réseau sociotechnique constitué par le CLS. La dimension compétitive de leurs arrangements de partenariat prend de l'avance par rapport aux relations de coopération intersectorielle mises en place pour l'organisation de la conférence de santé. Cet esprit compétitif semble diviser les opinions et les positionnements des trois sous-groupes d'acteurs à l'intérieur du CLS, ce qui facilite l'émergence de plusieurs zones d'incertitude génératrices de nouveaux rapports stratégiques de pouvoir. Ici, la nature stratégique des comportements participatifs des acteurs du CLS s'explique non seulement par rapport aux opportunités et aux menaces perçues par ces acteurs dans leur espace d'action, mais aussi en fonction des conduites des autres acteurs de cet espace.

Un sentiment de méfiance semble prendre forme parmi les acteurs impliqués dans la gouverne du CLS, sentiment qui est renforcé par la précarité du degré d'information dont ces acteurs disposent les uns des autres et qui

conditionne l'émergence des rapports stratégiques de pouvoir fondamentalement asymétriques. Le cadre gestionnaire du CS délègue une partie importante de ses fonctions de coordination dans la figure du secrétaire exécutif du CLS. Par ailleurs, la confrontation existant entre les membres des deux instances municipales représentées dans la gouverne du CLS se voit aggravée car les acteurs responsables de la revitalisation de l'AL21 sont attachés à un parti politique associé à l'une de ces instances, tandis que l'autre instance municipale renforce ses liens avec les membres de l'équipe professionnelle du CS. Finalement, les porte-paroles des ATL représentant le secteur de la société civile, face aux zones d'incertitude créées par les nouvelles alliances entre les sous-groupes d'acteurs du CLS, divisent leur affiliation vers l'un ou l'autre de ces sous-groupes.

Dans un tel scénario de controverses organisationnelles tout autant conflictuelles, nous sommes d'avis que le processus de délégation tacite endogène assumé par les acteurs du CLS risque de ne pas toujours trouver des agents clairement intégrateurs ou traducteurs des projets collectifs innovateurs au niveau local qui soient capables d'assurer l'intégration des résultats de leurs alliances participatives dans la gouverne du CLS. Les mécanismes de régulation de contrôle développés par les acteurs du palier local devraient faciliter l'intégration des rapports stratégiques de pouvoir complémentaires aux mécanismes de régulation autonome établis dans un premier temps et rendre ainsi possible la création d'un projet collectif plus ou moins innovateur, même si celui-ci n'est pas tout à fait conforme à celui prédit par les structures formelles d'encadrement du SCS. Ces mécanismes systémiques de régulation conjointe permettraient l'émergence d'un espace de négociation capable de rallier le plus grand nombre d'entités organisationnelles et de rassembler tous les acteurs intéressés par la sélection des intermédiaires ou des porte-paroles de chacun des groupes configurant le réseau sociotechnique constitué par la gouverne du CLS.

## **DISCUSSION : UN REGARD COMPARATIF SUR LES ENJEUX PRAXÉOLOGIQUES DE LA PARTICIPATION**

Dans cette section, nous examinons d'abord les principales similarités et différences entre les deux cas-intervention de cette étude à propos des enjeux praxéologiques associés aux contraintes relationnelles et structurelles constituant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS. Ici, la « praxéologie » est entendue comme une démarche construite d'autonomisation et de conscientisation de l'action collective à plusieurs niveaux d'interaction sociotechnique (relationnel et structurel), dans son contexte ainsi qu'au sein de ses processus de changement. Cette dimension praxéologique relative aux enjeux associés à notre phénomène d'étude s'aligne avec notre stratégie de recherche-action et avec les propos épistémologiques proposés par le MTO. En fait, la praxéologie réfère principalement à une démarche accompagnée où des acteurs et des chercheurs tentent de théoriser leur praxis<sup>11</sup>, par l'articulation des concepts théoriques avec des pratiques de terrain (Alexandre, 2003; Lhotellier, 1995).

Dans un premier temps, nous prenons donc comme repère conceptuel de cette comparaison les dimensions du MTO prises en compte lors de notre raisonnement pratique. Dans le MTO, le processus d'intégration organisationnelle des PP des acteurs concernés est conçu comme un phénomène transitionnel se déroulant en trois étapes, chacune spécifiée dans ses sous-dimensions relationnelles et structurelles. Ces étapes sont : (1) la configuration du réseau sociotechnique; (2) l'établissement des dynamiques collaboratives; et (3) la constitution du système complexe d'action et d'intervention participatif. Le déroulement séquentiel de ce processus de transition est un phénomène complexe

---

<sup>11</sup> À l'effet pratique de cette étude, le mot « praxis » désigne spécifiquement l'action collective spécifique et la manière générique de penser la transformation du milieu naturel et des rapports sociaux tandis que notre notion de « pratiques participatives » (PP) désigne les cas singuliers de cette transformation que nous examinons dans leurs dimensions relationnelle et structurelle. C'est la relation entre les PP et les dynamiques paradoxales de changement qu'elles sont censées de produire sur le réseau sociotechnique configuré par les acteurs impliqués dans la gouverne des CLS, ce qui représente un enjeu de type praxéologique tout en le transformant dans un système complexe d'action et d'intervention participatif.

qui ne prend pas forme de façon linéaire, mais par un processus synchronique et itératif qui renforce le chevauchement des étapes du processus d'intégration organisationnelle des PP.

Dans un deuxième temps, à la lumière des enjeux praxéologiques identifiés lors de notre démarche comparative, nous articulons cette discussion autour de la relation entre les PP intégrées dans la gouverne des CLS et le changement organisationnel. Puisque le changement est d'abord la transformation d'un système d'action (Crozier & Friedberg, 1977), les connaissances empiriques produites au sujet des rapports stratégiques de pouvoir et des mécanismes systémiques de régulation constituant le système complexe d'action et d'intervention participatif des CLS, nous permettent de poser un jugement critique sur la contribution de ces PP au changement organisationnel prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP.

En ce qui concerne la *configuration du réseau sociotechnique*, nous considérons qu'il est important de souligner les questions relatives à la composition des groupes d'acteurs sélectionnés et aux structures physiques attribuées aux CLS.

Premièrement, la question de la composition de groupes d'acteurs présente des différences importantes entre les CLS. D'une part, la composition du CLS de Salvador de Bahia garde la parité parmi trois groupes de représentants : celui de la direction de la SMS, celui de l'équipe professionnelle de l'UBS et, enfin, le groupe des usagers des services de soins. Ce dernier groupe représente 50 % du total d'acteurs du CLS et est constitué par des collectifs communautaires faisant partie intégrante des ATL, dont leur siège est situé dans la région de référence du CLS. La distribution de ces trois groupes semble respecter la notion de parité établie dans le règlement des CLS formalisé par la SMS. De son côté, la composition du CLS des îles Canaries présente aussi une structure qui se veut paritaire, constituée par trois groupes fondamentaux : le groupe municipal de

gouvernement, celui de l'équipe professionnelle du CS et finalement le groupe des usagers des services de soins. Dans ce cas, le troisième groupe représente 50 % des sièges du CLS, mais il ne correspond pas intégralement aux collectifs communautaires représentant les ATL. Ce groupe d'acteurs comprend aussi des représentants des secteurs industriel et municipal. Cette situation n'est pas isolée dans la littérature. Plusieurs études ont montré des situations similaires qui compromettent sérieusement le principe de parité de la composition des CLS et devient le poids de la représentation à faveur des groupes représentant les secteurs institutionnels (Serapioni & Romani, 2006; Van Stralen, et al., 2006).

Deuxièmement, le manque des structures physiques des CLS semble être une constante dans les CLS à l'étude. Parallèlement aux particularités plus ou moins logiques relatives au fonctionnement local des deux CLS, telles que la fréquence et la durée des rencontres ou le rôle attribué aux acteurs représentant diverses entités organisationnelles, nous remarquons la similarité entre les deux cas à l'étude quant à la précarité de leurs structures physiques, notamment celles relatives aux ressources financières. Effectivement, les ressources physiques dont les CLS disposent sont celles de l'unité de santé de référence ou bien celles d'autres entités organisationnelles du réseau. Il n'y a pas d'attribution financière spécifique assignée aux CLS, dont la mise en place définitive semble être continuellement assujettie aux volontés du président et du secrétaire exécutif du CLS. Ces deux rôles – président et secrétaire exécutif – ont été assumés respectivement par le cadre gestionnaire et le travailleur social de l'unité de santé des deux cas à l'étude. Bien que le différentiel de ressources physiques ne soit pas directement relié au degré d'influence des acteurs concernés dans les processus décisionnels des conseils de santé (Fuks, 2005), plusieurs études corroborent l'importance croissante d'une allocation adéquate des ressources matérielles, financières et juridiques dans le processus d'implantation des CLS afin de faciliter le succès des négociations entre les groupes représentant les secteurs de l'administration publique et de la société civile (Coelho, de Andrade, & Montoya,



2002; da Silva & Lana, 2004; Guareschi & Jovchelovitch, 2004; Wendhausen, Barbosa, & Borba, 2006).

Ensuite, en ce qui concerne *l'établissement des dynamiques collaboratives*, nous soulignons les questions relatives, d'une part, aux dynamiques de communication et à l'exercice de la représentativité et, d'autre part, aux facteurs influents des contextes politico-administratif et socioculturel.

En premier lieu, les résultats de nos analyses montrent des enjeux considérables quant aux dynamiques de communication, ce qui représente une source importante de controverses parmi les divers groupes d'acteurs des deux CLS de cette étude. L'expertise technique et la concentration des informations et des règlements chez les cadres gestionnaires et les membres des équipes professionnelles sont perçues par les collectifs communautaires comme une barrière infranchissable à l'heure d'exprimer leur point de vue lors des conseils d'administration. Dans les deux cas à l'étude, la difficulté accrue des représentants du secteur de la société civile à contribuer au processus d'identification de problèmes et de mobilisation de ressources par leurs expériences communautaires, ou encore par leurs propres perceptions des situations problématiques, est patente. De plus, l'absence d'un langage unifié dans le secteur de la société civile, à cause de l'hétérogénéité des collectifs communautaires représentés dans les CLS, facilite l'orientation de l'exercice communicatif vers un langage plutôt technique, qui correspond aux jargons politiques et professionnels utilisés par les acteurs représentant le secteur de l'administration publique. Plusieurs études récentes confirment ce phénomène et déclarent que ces « hypercodifications » (Wendhausen & Caponi, 2002) représentent un enjeu essentiel qui entrave très sérieusement l'établissement d'une dynamique collaborative fondée sur la communication effective et le dialogue dans la gouverne des CLS (Martins, et al., 2008; V. Oliveira, 2004; Serapioni & Romani, 2006; Wendhausen, 2006).

En lien avec les enjeux relatifs à l'agir communicationnel, la question de la représentativité émerge dans cette recherche comme étant un aspect clé de la gouverne des deux CLS sous étude. Les problèmes d'accessibilité sectorielle inhérents à la sélection élitiste des entités représentées dans le CLS, le manque de liens entre les porte-paroles de l'unité de santé et la réalité des collectifs communautaires des ATL ainsi qu'un transfert des informations entre les porte-paroles et leurs entités organisationnelles axé sur des dynamiques informelles irrégulières, représentent un noyau de controverses amplifiant l'influence manifeste de la voix des acteurs représentant le secteur de l'administration publique dans les processus décisionnels. De nombreuses études font référence à ce type de problèmes associés à la représentativité comme étant un des principaux enjeux organisationnels dans la gouverne des CLS (Bispo-Junior & Sampaio, 2008; Gerschman, 2004; Guizardi & Pinheiro, 2006; Labra, 2006; Van Stralen, et al., 2006).

En ce qui concerne les facteurs contextuels, l'influence politico-administrative des politiques de décentralisation des SSP ainsi que l'influence socioculturelle du réseautage intersectoriel organisé au sein du secteur de la société civile représentent des enjeux similaires dans les deux cas sous étude. Les processus de décentralisation territoriale mis en place au sein de la SMS à Salvador de Bahia et du SCS aux îles Canaries renforcent sans doute la formalisation du processus d'implantation des CLS mais peuvent constituer une source importante de controverses affectant négativement le processus d'intégration organisationnelle des PP. Les exigences administratives, la réorganisation structurelle des services de soins et la déstabilisation des équipes professionnelles inhérentes au processus de décentralisation des SSP peuvent ralentir significativement les dispositions groupales de coopération déjà existantes et encourager un sentiment de méfiance voire de résistance parmi les acteurs représentant le secteur de la société civile (Bispo-Junior & Sampaio, 2008; da Silva & Lana, 2004). Ceci converge en un phénomène croissant de « migration » de l'exercice participatif des collectifs communautaires des deux CLS vers des

réseaux intersectoriels locaux et régionaux agissant dans le domaine du développement durable de la municipalité.

Enfin, en ce qui concerne la *constitution du système complexe d'action et d'intervention participatif*, nous soulignons les questions relatives, d'une part, aux rapports stratégiques de pouvoirs inhérents à la mise en action du réseau sociotechnique constitué par les CLS sous étude et, d'autre part, aux mécanismes systémiques de régulation inhérents à la mise en réseau des acteurs impliqués dans la gouvernance des CLS.

Tout d'abord, la mise en action du réseau sociotechnique prend la forme d'un processus stratégique de production intersectorielle de connaissances par la création d'un point de passage obligé qui se construit différemment dans chaque cas à l'étude. Dans le CLS de Salvador de Bahia, les stratégies de problématisation et d'intéressement créées entre les acteurs du palier central et le cadre gestionnaire de l'UBS visaient la mise en place d'un programme de développement de compétences au sujet de la participation et du contrôle social. Les rapports de pouvoir noués autour de cette alliance stratégique avaient pour but le renouvellement du réseau sociotechnique constitué par le CLS, tout en assurant la mise en place d'un processus de redistribution des rôles des parties prenantes en consonance avec les politiques régionales de décentralisation des SSP. Ceci pourrait dévier la force décisionnelle de l'espace institutionnel de participation sociale créé par le CLS vers le secteur de l'administration publique (Bispo-Junior & Sampaio, 2008; Guizardi & Pinheiro, 2006; Wendhausen, 2006; Wendhausen & Caponi, 2002). Néanmoins, bien que le besoin d'un programme de développement de compétences fasse partie inhérente du discours institutionnel de décentralisation participative des SSP (T. D. Oliveira, Molesini, Gomes, & Teixeira, 1999), les acteurs du palier local corroborent unanimement ce besoin, ce qui coïncide amplement avec les propos de la littérature à cet égard (da Silva & Lana, 2004; Wendhausen, et al., 2006).

Dans le CLS des îles Canaries, les rapports de pouvoir du réseautage intersectoriel qui se tissent de façon stratégique entre les acteurs du palier local aboutissent dans la mise en place d'une conférence de santé comme projet innovateur au niveau municipal. Cette innovation implique le déplacement des logiques d'action des acteurs concernés qui assument de nouveaux rôles en fonction de leurs intérêts personnels et du mandat légal des entités qu'ils représentent. Ici, la conférence de santé se présente comme une solution incontournable au besoin d'un diagnostic communautaire de santé identifié par les acteurs du palier central et confirmé par les acteurs locaux impliqués dans la gouverne du CLS. L'organisation des conférences de santé est considérée par plusieurs auteurs comme un élément d'importance cruciale dans le processus de décentralisation participative du système de santé (Bispo-Junior & Sampaio, 2008; Maciel Filho & Araújo Jr, 2002; Vargas-Côrtes, 2002; Wendhausen & Cardoso, 2007), ce qui représente une réussite importante dans le processus d'implantation des CLS aux îles Canaries.

Par ailleurs, on peut observer que, dans les deux cas à l'étude, l'interpénétration des jeux stratégiques de pouvoir qui se développent et se structurent autour de leurs innovations respectives fait émerger un système complexe d'action et d'intervention participatif s'appuyant sur un processus paradoxal de régulation conjointe. Cependant, cette mise en réseau des acteurs impliqués dans la gouverne des CLS, se concrétise différemment en fonction des circonstances locales du contexte.

Dans le CLS de Salvador de Bahia, la formalisation du réseau sociotechnique prend forme par une dynamique de délégation explicite exogène qui est le reflet manifeste des jeux stratégiques de pouvoir entretenus par les acteurs du palier central et le cadre gestionnaire de l'UBS. Il s'agit bien d'un processus de régulation de contrôle qui porte sur la mise en action des règles de conduite dont le but est d'orienter les comportements participatifs des acteurs concernés par la mise en place d'un programme innovateur axé sur le

développement de compétences participatives. En même temps, les collectifs communautaires, face aux zones d'incertitude développées par les alliances entre les acteurs du palier central et le cadre gestionnaire de l'UBS, s'organisent et consolident des liens assez stables avec un réseau intersectoriel de mobilisation et d'articulation citoyenne axé sur le développement durable. Ce processus de délégation tacite endogène est mis en place par les acteurs du palier local qui deviennent des agents intégrateurs ou traducteurs du projet collectif, tout en assurant l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS. Ces mécanismes de régulation autonome facilitent l'intégration des rapports stratégiques de pouvoir complémentaires aux mécanismes de régulation de contrôle établis par les acteurs du palier central et rend possible la création d'un projet collectif plus ou moins innovateur, où le secteur de la société civile aurait un rôle décisif dans le processus de prise de décisions (Labra & Figueiredo, 2002; Martins, et al., 2008; Wendhausen, et al., 2006).

Dans le cas des îles Canaries, nous avons été témoins de l'émergence d'un processus essentiellement distinct. Ici, l'organisation de leur innovation prend toujours la forme d'un processus de délégation explicite exogène qui émerge depuis les porte-paroles sociaux et techniques des entités organisationnelles du palier central, mais la formalisation du réseau sociotechnique prend forme grâce à des mécanismes de régulation autonome de la part des acteurs du palier local. Dans ce contexte, les acteurs impliqués dans la gouverne du CLS prennent la responsabilité, au niveau local, de l'organisation de la première conférence de santé de leur municipalité tout en visant le renouvellement du réseau sociotechnique en consonance avec les principes directeurs de territorialisation du SCS. Mais en même temps, la responsabilisation sur le plan local des stratégies centrales fait apparaître un processus de régulation de contrôle qui se matérialise cette fois-ci dans un scénario d'alliances et de controverses organisationnelles dans lequel les mécanismes de délégation tacite endogène développés par les responsables du CLS ne sont plus garants de la mise en place d'un projet collectif innovateur capable d'assurer l'intégration des

résultats de leurs alliances participatives. L'émergence au niveau local d'autres réseaux communautaires axés sur le développement durable complexifie encore plus un scénario où les porte-paroles du secteur de la société civile, face aux zones d'incertitude créées par les nouvelles alliances entre les sous-groupes d'acteurs du CLS, divisent leur affiliation vers l'un ou l'autre de ces sous-groupes ou s'engagent dans d'autres espaces d'action participatifs.

À la lumière de ces enjeux de nature praxéologique, nous sommes en mesure de poser un jugement critique sur la contribution relative des PP intégrées dans la gouverne des CLS au changement organisationnel prévu dans le cadre des politiques de décentralisation des SSP. Les CLS de cette étude apparaissent comme des espaces institutionnels de participation où de multiples acteurs intersectoriels interagissent de façon réciproque dans un double scénario d'incertitude et de négociation qui s'actualise constamment. Or, l'existence de ce scénario paradoxal d'émergence de controverses et de construction de convergences peut dévier l'implication de certains acteurs, en l'absence de la mise en place d'un projet collectif innovateur et intégrateur, hors du champ d'influence du réseau constitué par le CLS. En effet, nous l'avons remarqué dans les deux cas à l'étude, même si dans un premier temps les forces de tension paradoxales existant entre les acteurs concernés se montrent potentiellement complémentaires, le regard systémique de leurs rapports stratégiques de pouvoir montre qu'elles peuvent aussi être une source de distancement entre les secteurs représentés dans le forum participatif créé par CLS (Morita, et al., 2006; Valla, 1998).

De ce fait, les CLS implantés par les acteurs du palier central dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP doivent faire face à une complexité organisationnelle grandissante (Pessoto, et al., 2001; Suarez-Herrera, Champagne, & Contandriopoulos, Sous-presse). Étant donné la multiplicité d'acteurs concernés dans leurs activités quotidiennes, ces espaces constituent un scénario complexe où le savoir traditionnel et le savoir scientifique sont remplacés par des savoirs multiples et, surtout, constamment révisables à la

lumière de nouvelles alliances stratégiques (Wendhausen, 2006). La prise de décisions dans la gouverne des CLS est ainsi l'affaire de secteurs divers, plus ou moins spécialisés. Pourtant, les savoirs des différents secteurs sont au moins partiellement, irréductibles les uns des autres, c'est-à-dire que l'espace intersectoriel d'action et d'intervention participatif créé par les CLS peut se caractériser, dans leur forme actuelle, par une exclusion mutuelle dans les processus décisionnels, qui est entretenue par la différenciation des champs de pratiques des acteurs concernés (Martins, et al., 2008; Serapioni & Romani, 2006).

L'absence de relations d'interdépendance effective entre les acteurs concernés représente une entrave capitale aux relations de symétrie qui se tissent entre les processus de construction transculturelle des connaissances et les dynamiques d'articulation intersectorielle des actions mises en place par les acteurs impliqués dans la gouverne des CLS (Suarez-Herrera, et al., Sous-presse). De cette façon, l'analyse stratégique et la synthèse systémique autour des sous-dimensions relationnelles et structurelles des trois étapes du phénomène participatif étudié laissent entrevoir l'émergence de configurations situationnelles essentiellement asymétriques entre les acteurs impliqués dans la gouverne des CLS. Cette intégration asymétrique des PP favorise l'émergence d'un ensemble de « silences organisationnels » associés aux enjeux praxéologiques relatifs, d'une part, aux relations informelles d'appropriation et, d'autre part, aux structures formelles d'encadrement charpentant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS implantés dans le cadre des politiques de décentralisation des SSP.

L'émergence de ces non-dits favorise incontestablement la mise en place d'un ensemble de stratégies de problématisation et d'intéressement où les traducteurs de toute innovation organisationnelle vont privilégier une approche instrumentale de régulation axée quasi exclusivement sur des mécanismes de contrôle, ce qui entravera la prolifération des mécanismes de régulation

autonomes capables de respecter la nature essentiellement délibérative des CLS (Coelho, et al., 2002; Labra, 2006). Ceci représente définitivement une menace accrue au projet de changement prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP (Valla, 1998; Wendhausen, 2006).

Les transformations escomptées par ce projet de changement devraient être associées à l'influence effective et le contrôle social (Gerschman, 2004; Guizardi & Pinheiro, 2006; Labra, 2006; Streck & Adams, 2006) que les échanges délibératifs reliant tous les secteurs peuvent exercer sur les processus décisionnels. Pourtant, dans les deux CLS à l'étude, la prise de décisions demeure exclusivement axée sur la mise en place des interventions concrètes et ponctuelles dans le temps et non sur la réorganisation fonctionnelle et structurelle proprement dite des SSP. Ce processus se trouve amplement répandu parmi les CLS brésiliens qui privilégient la résolution de problèmes à court terme et la prise de décisions immédiate (Martins, et al., 2008; Moreira & Escorel, 2009; V. Oliveira, 2004; Serapioni & Romani, 2006; Wendhausen, 2006; Wendhausen & Caponi, 2002).

Effectivement, les rapports stratégiques de pouvoir configurant le processus d'intégration des PP dans la gouverne des CLS à l'étude ont tendance à s'appuyer sur des approches instrumentales de régulation de contrôle d'un système d'action et d'intervention participatif qui se montre très instable (Suarez-Herrera, et al., Sous-presse). Dans ce contexte, ces jeux de pouvoir peuvent changer à partir du moment où un ou plusieurs acteurs acquièrent de nouvelles perceptions stratégiques sur les relations informelles d'appropriation des autres acteurs, ou bien systémiques, sur les structures formelles d'encadrement de leur espace d'action. Selon Giddens (1987), le processus de changement se configure par des interactions sociales où les rapports de pouvoir sont un moyen pour les acteurs de transformer les structures sociales. Or, nous considérons qu'il est très difficile de prévoir exactement les changements qui émergeront de ces interactions organisationnelles, puisque les effets dépendent, en premier lieu, du positionnement social des acteurs et de la logique technique de l'intervention où



ils interagissent, des dispositions groupales de coopération et des facteurs influents du contexte organisationnel et, enfin, des rapports stratégiques de pouvoir et des mécanismes systémiques de régulation.

En effet, d'après Crozier et Friedberg (1977) le changement organisationnel implique de prime abord la transformation d'un système d'action. Dans ce sens, pour initier tout processus de changement, il est nécessaire que le système d'action et d'intervention participatif constitué par la gouverne des CLS se transforme intégralement tout en envisageant une approche réconciliatrice des forces de tension paradoxales (A.-P. Contandriopoulos, 2003). Autrement dit, les acteurs concernés devraient mettre en pratique de nouveaux rapports stratégiques de pouvoir pour renforcer la mise en place de mécanismes systémiques de régulation conjointe. Mais afin qu'un tel changement puisse s'accomplir, il est également impératif de développer des compétences participatives et décisionnelles pertinentes, ce qui confère au changement une connotation d'apprentissage organisationnelle de nouvelles formes d'action et d'intervention collectives (Bloodgood & Morrow, 2003; Crossan & Berdrow, 2003; Leroy, 2001). Pour les concepteurs de la théorie de l'acteur-réseau (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986) c'est le renouvellement des rapports de partenariat qui se présente comme nécessaire à l'innovation des interventions complexes. Pour qu'émergent de nouvelles logiques d'action collective (Amblard, Bernoux, Herreros, & Livan, 1996; Bréchet & Schieb- Bienfait, 2009), les acteurs impliqués dans la gouverne des CLS doivent parvenir à transformer la nature de leurs PP par le biais d'une série de traductions de nature stratégique et systémique. Sans un tel renouvellement paradoxal, l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS renforcerait la pérennisation des rapports stratégiques de pouvoir et des mécanismes systémiques de régulation traditionnellement mis de l'avant.

**CONCLUSION : LE LOCAL ET LE GLOBAL DE LA PARTICIPATION DANS LE CHAMP COMPLEXE DE LA SANTÉ PUBLIQUE INTERNATIONALE**

L'interaction complexe entre l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS et la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique suscite l'émergence d'enjeux praxéologiques associés aux contraintes relationnelles et structurelles configurant tout phénomène participatif. Ces enjeux peuvent constituer une entrave importante aux stratégies de changement organisationnel prévues dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP.

Nous avons développé un modèle conceptuel, le modèle de la transition organisationnelle (MTO), comme outil d'analyse, de comparaison et de synthèse facilitant le suivi de l'adaptation mutuelle et des transformations successives entre les *relations informelles d'appropriation* et les *structures formelles d'encadrement* qui constituent le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS. Par une démarche analytique et synthétique de raisonnement pratique, nous avons cerné les zones d'incertitude et les espaces de négociation qui nous permettent dorénavant de mieux comprendre comment le réseau sociotechnique constitué par chaque CLS à l'étude vient se traduire en un système complexe d'action et d'intervention participatif.

De prime abord, les aspects associés à la composition des groupes d'acteurs sélectionnés ainsi qu'aux structures physiques attribuées aux CLS à l'étude nous permettent d'identifier des situations qui compromettent sérieusement le principe de parité de leur composition et qui dévient le poids de la représentation en faveur des acteurs institutionnels. Ceci peut affecter le succès des négociations entre les groupes représentant les secteurs de l'administration publique et ceux de la société civile. Deuxièmement, les aspects associés aux dispositions groupales de coopération ainsi qu'aux facteurs politico-administratifs et socioculturels représentent des enjeux essentiels pouvant entraver très

sérieusement l'établissement, dans la gouverne des CLS, d'une dynamique collaborative fondée sur la communication effective et la représentation égalitaire. Finalement, les aspects relatifs aux rapports stratégiques de pouvoir et aux mécanismes systémiques de régulation nous laissent entrevoir l'émergence d'un système complexe d'action et d'intervention participatif qui se concrétise différemment en fonctions des circonstances locales du contexte.

Les CLS représentent clairement des espaces participatifs très intéressants et qui renferment dans leur fonctionnement tout un univers de forces de tensions paradoxales. Ils nous permettent d'examiner les relations de symétrie entre, d'une part, un abord relationnel axé sur l'intégration stratégique des pratiques d'action et d'intervention participatives spécifiques et, d'autre part, une approximation structurelle du phénomène participatif qui définit des tendances systémiques générales amplement partagées par les organisations contemporaines. Il s'agit en fait d'une double perspective à propos de l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS qui prend forme par un processus paradoxal de traduction à la fois stratégique et systémique.

D'une part, la *traduction stratégique* des PP correspond à la mise en action du réseau sociotechnique. Ce type de traduction se manifeste par les sous-dimensions relationnelles du MTO associées au positionnement social des acteurs, aux dispositions groupales de coopération et aux rapports stratégiques de pouvoir qui se nouent entre les acteurs concernés. Il s'agit-là d'un processus de délégation tacite endogène par lequel les acteurs du palier local assument la mise en place d'un projet innovateur généralement formalisé par les acteurs du palier central. Ce processus de socialisation de la participation s'appuie sur une perspective informelle d'élargissement visant l'expansion des acteurs stratégiques impliqués dans la gouverne des CLS.

D'autre part, la *traduction systémique* des PP correspond à la mise en réseau des acteurs intersectoriels. Ce type de traduction s'illustre par les sous-

dimensions structurelles du MTO associées à la logique technique de l'intervention, aux facteurs influents du contexte et aux mécanismes systémiques de régulation qui se nouent entre les entités concernées. Il s'agit-là d'un processus de délégation explicite exogène par lequel les acteurs du palier central traduisent la formalisation d'un projet innovateur généralement adopté par les acteurs du palier local. Ce processus d'institutionnalisation de la participation s'appuie sur une perspective formelle d'approfondissement visant la consolidation du réseau sociotechnique constitué par les entités organisationnelles et leurs porte-paroles.

Pour être porteuse de changement, cette perspective paradoxale de traduction stratégique et systémique des PP doit se matérialiser dans le concret par le biais d'un ensemble de mécanismes de régulation conjointe. Dans ce contexte, la production et mise en action des règles n'est pas donnée une fois pour toutes. Elles se construisent et se reconstruisent en permanence au sein des organisations par un processus de constitution de l'action collective axé sur des rapports stratégiques de pouvoir (Reynaud, 1989, 1999). Le système participatif constitué par les CLS devient alors un acteur-réseau, c'est-à-dire un réseau qui évolue lui-même en un acteur associant de multiples entités organisationnelles et leurs porte-paroles sociaux et techniques (des personnes et des technologies) dans la mise en place d'un projet innovateur simultanément stratégique et systémique. En fait, dans les deux cas à l'étude, nous avons constaté comment l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS est explicitée par un double exercice de régulation, à la fois autonome et de contrôle, capable de transformer un réseau sociotechnique en un système complexe d'action et d'intervention participatif.

Or, la déviation vers l'une ou l'autre des modalités de régulation, autonome ou de contrôle, représente un enjeu majeur au changement prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP. D'une part, les collectifs communautaires du CLS de Salvador de Bahia, face aux zones d'incertitude développées par les alliances entre les acteurs du palier central et le

cadre gestionnaire de l'UBS (régulation de contrôle), s'organisent autrement et consolident des liens assez stables avec un réseau intersectoriel de mobilisation citoyenne axé sur le développement municipal durable (régulation autonome). Dans ce cas, les controverses contraignantes apparaissent comme le prélude d'un projet innovateur. Cependant, une autonomisation radicale peut dévier l'implication des acteurs concernés, en l'absence d'une mise en place d'une approche collective réconciliatrice, hors de la portée du réseau constitué par le CLS. D'autre part, les alliances créées entre le cadre gestionnaire et les instances municipales du CLS des îles Canaries pour prendre en charge, sur le plan local, des stratégies du palier central (régulation autonome) font apparaître un processus qui privilégie la mise en place des modalités instrumentales de contrôle organisationnel (régulation de contrôle). Dans ce cas, le projet innovateur apparaît comme le prélude de nouvelles controverses contraignantes. Ce dernier processus n'est plus garant en soi du renouvellement d'un projet collectif capable d'assurer l'intégration effective au niveau local de leurs alliances participatives.

Ce double mouvement de traduction organisationnelle porte sur l'émergence d'un ensemble de relations d'interdépendance, de plus en plus préminente et croissante, qui se noue en premier lieu entre des pratiques d'action et d'intervention participatives s'intégrant dans la gouverne stratégique des CLS et, en second lieu, des transformations globales associées à la mondialisation systémique des institutions contemporaines (Briceno-Leon, 1998; Kickbusch, 1999; L. M. Morgan, 2001). On assiste de nos jours à un tel enchevêtrement entre des événements locaux et globaux qu'aucun phénomène organisationnel ne peut aujourd'hui être exploré exclusivement dans son contexte local immédiat, étant donné qu'il suscite inévitablement des répercussions qui enchaînent de multiples réactions à plusieurs paliers d'influence (Labra, 2006; Suarez-Herrera, 2006; Suarez-Herrera, O'Shanahan Juan, & Serra-Majem, 2009; E. C. Teixeira, 2001).

Cette dualité entre le local et le global se manifeste de façon évidente dans cette étude. Dans le cas de Salvador de Bahia, les porte-paroles des

ATL représentant le secteur de la société civile, face aux zones d'incertitude développées par les alliances entre les acteurs gouvernementaux qui représentent le secteur de l'administration publique, s'organisent autrement et s'intègrent graduellement dans un réseau intersectoriel de mobilisation et d'articulation citoyenne mise en place par la CAMMPI. Cet organisme a été créé en 1998 par une institution internationale, le Programme de Nations Unies pour le Développement (PNUD), qui a mis en place un projet axé sur le développement social durable de la DS d'Itapagipe. Par ailleurs, dans le cas des îles Canaries, le CDM propose et promeut la mise en place de l'AL21 comme méthode participative de planification des politiques municipales orientées vers le développement durable et qui accapare l'attention des acteurs impliqués dans la gouvernance du CLS de Gáldar. L'AL21 fait partie d'un plan d'action transnational pour le XXI<sup>e</sup> siècle adopté par 173 chefs d'État lors du sommet de la Terre, à Rio de Janeiro (Brésil), en 1992.

Dans ces deux scénarios de confluence locale et globale, les réseaux sociotechniques constitués par les CLS à l'étude trouvent leur expression en tant qu'acteurs en soi, c'est-à-dire, en tant qu'entités organisationnelles qui envoient leurs porte-paroles sociaux et techniques vers les réseaux intersectoriels créés par les sièges régionaux des projets transnationaux qui sont orientés vers le développement social durable. Dans ce sens, le travail d'articulation et de mobilisation communautaire effectué par la CAMMPI à Salvador de Bahia et par l'AL21 aux îles Canaries constitue un facteur contextuel essentiel dans le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouvernance des CLS. En fait, les contributions de ces projets de nature transnationale aux efforts régionaux de développement social durable sont perçues par les acteurs représentant le secteur de la société civile dans les CLS comme un repère en matière de participation sociale.

De cette façon, en tant que stratégie globale des politiques régionales de décentralisation des SSP, les CLS constituent des espaces locaux

d'action et d'intervention participatifs très dynamiques où confluent simultanément des processus de mise en action de réseaux systémiques et de mise en réseau d'acteurs stratégiques, de relations informelles d'appropriation et de structures formelles d'encadrement, de délégations tacites endogènes et de délégations explicites exogènes, de socialisation du technique et d'institutionnalisation du social, et enfin d'approches d'élargissement local visant l'expansion globale des acteurs stratégiques et d'approches d'approfondissement global visant la consolidation locale des réseaux systémiques.

Cette vision complexe de l'idéal participatif dans le domaine de la santé exige manifestement une prise en considération évaluative, participative et comparative des enjeux relatifs à l'intégration organisationnelle de la participation par la prise en compte, à plusieurs niveaux de complexité organisationnelle d'un double mouvement de traduction stratégique et systémique. La manifestation des phénomènes participatifs, aux échelles locale et globale, depuis leurs dimensions politiques et collectives vers des modalités plus instrumentales et individualistes ainsi que la présence accrue du secteur industriel dans le domaine de la santé publique semble accentuer la ségrégation progressive de relations existant entre les divers secteurs de la société civile et de l'administration publique (Farro, 2004; Kickbusch & de Leeuw, 1999; Maciel Filho & Araújo Jr, 2002; Sassen, 2004).

En conséquence, la question autour de l'interaction entre l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS, le discours institutionnel de décentralisation des SSP et la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique procure un terrain fertile permettant d'examiner en profondeur les enjeux relatifs au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouvernance des CLS. Dans ce sens, les chercheurs en santé publique internationale se doivent de renforcer l'alignement épistémologique entre, d'une part, la création d'espaces locaux d'action et d'intervention participatifs et, d'autre part, les représentations globales de démocratisation de la santé publique.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abma, T. A., Greene, J., Karlsson, O., Ryan, K. E., Schwandt, T. A., & Widdershoven, G. A. M. (2001). Dialogue on Dialogue. *Evaluation*, 7(2), 164-180.
- Aguinis, H. (1993). Action Research and Scientific Method: Presumed Discrepancies and Actual Similarities. *Journal of Applied Behavioral Science*, 29(4), 416-431.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988a). À quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode : L'art de choisir les bons porte-parole. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 12, 14-29.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988b). À quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : L'art de l'intéressement. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 11, 4-17.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris: Presses de l'Ecole des Mines.
- Alexandre, V. (2003). *Éléments de praxéologie. Contribution à une science des actes*. Paris-Montréal: L'Harmattan.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., & Livan, y. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Du seuil.
- Amo, C., & Cousins, J. B. (2007). Going through the process: An examination of the operationalization of process use in empirical research on evaluation. *New Directions for Evaluation*, 2007(116), 5-26.
- Barnes, M., Matka, E., & Sullivan, H. (2003). Evidence, Understanding and Complexity: Evaluation in Non-Linear Systems. *Evaluation*, 9(3), 265-284.
- Baum, F. (2002). *The New Public Health: An Australian Perspective*. Melbourne: Oxford University Press.
- Bispo-Junior, J. P., & Sampaio, J. J. (2008). Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 23(6), 403-409.
- Bloodgood, J. M., & Morrow, J. L. (2003). Strategic Organizational Change: Exploring the Roles of Environmental Structure, Internal Conscious Awareness and Knowledge\*. *Journal of Management Studies*, 40(7), 1761-1782.
- Bréchet, J.-P., & Schieb-Bienfait, N. (2009). *Logique d'action et projet dans l'action collective. Réflexions théoriques comparées*. Lebn: Université de Nantes.
- Briceno-Leon, R. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, S141-S147.



- Brousselle, A. (2004). What Counts is not Falling... but Landing: Strategic Analysis: An Adapted Model for Implementation Evaluation. *Evaluation, 10*(2), 155-173.
- Butterfoss, F. D. (2006). Process Evaluation for Community Participation. *Annual Review of Public Health, 27*(1), 323-340.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique, 36*, 169-208.
- Callon, M., & Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Prospective et Santé, 36*, 13-25.
- Carmel, E. (1999). Concepts, context and discourse in a comparative case study. *International Journal of Social Research Methodology, 2*, 141-150.
- Cassell, C., & Johnson, P. (2006). Action research: Explaining the diversity. *Human Relations, 59*(6), 783-814.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 251-272). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2009). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (pp. 35-56). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chen, H. T. (2005). *Practical Program Evaluation. Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness* Sage Publications: Thousand Oaks.
- Coelho, V. S. P., de Andrade, I. A. L., & Montoya, M. C. (2002). Deliberative Fora and the Democratisation of Social Policies in Brazil. *IDS Bulletin, 33*, 65-73.
- Connelly, J. B. (2007). Evaluating complex public health interventions: theory, methods and scope of realist enquiry. *J Eval Clin Pract, 13*(6), 935-941.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 9*(2), 4-31.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses Universitaires de Montréal.
- Contandriopoulos, D., Denis, J.-L., Langley, A., & Valette, A. (2004). Governance Structures and Political Processes in a Public System: Lessons from Quebec. *Public Administration, 82*(3), 627-655.
- Correia, M. V. C. (2005). *Desafios para o Controle Social: Subsídios Para Capacitação de Conselheiros de Saude*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Crossan, M. M., & Berdrow, I. (2003). Organizational learning and strategic renewal. *Strategic Management Journal*, 24(11), 1087-1105.
- Crozier, M. (2000a). *A quoi sert la sociologie des organisations. Tome 1 : Théorie, culture et société*. Paris: Seli Arslan.
- Crozier, M. (2000b). *A quoi sert la sociologie des organisations. Tome 2 : Vers un nouveau raisonnement pour l'action*. Paris: Seli Arslan.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- da Silva, M. A., & Lana, F. C. (2004). Como os enfermeiros percebem a sua atuação nos conselhos de saúde? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(1), 26-30.
- Dean, S. C., Harper, C. E., Cappuccio, F. P., Rink, E., Dirckx, C., Arnout, J., et al. (2005). The challenges of cross-national research in primary health care across Europe. *Family Practice*, 22(3), 341-346.
- Dehler, G. E., & Edmonds, R. K. (2006). Using Action Research to Connect Practice to Learning: A Course Project for Working Management Students. *Journal of Management Education*, 30(5), 636-669.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-112). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Dickens, L., & Watkins, K. (1999). Action Research: Rethinking Lewin. *Management Learning*, 30(2), 127-140.
- Farro, A. L. (2004). Actors, Conflicts and the Globalization Movement. *Current Sociology*, 52(4), 633-647.
- Foudriat, M. (2007). *Sociologie des organisations. 2e édition*. Paris: Pearson Education France.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Éditions du Seuil.
- Fuks, M. (2005). Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. *Revista de Sociologia e Política*, 25, 47-61.
- Gerschman, S. (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1670-1681.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.

- Goven, J. (2006). Processes of Inclusion, Cultures of Calculation, Structures of Power: Scientific Citizenship and the Royal Commission on Genetic Modification. *Science Technology Human Values*, 31(5), 565-598.
- Greene, J. (2001). Dialogue in Evaluation: A Relational Perspective. *Evaluation*, 7(2), 181-187.
- Gregory, A. (2000). Problematizing Participation: A Critical Review of Approaches to Participation in Evaluation Theory. *Evaluation*, 6(2), 179-199.
- Guareschi, P. A., & Jovchelovitch, S. (2004). Participation, Health and the Development of Community Resources in Southern Brazil. *Journal of Health Psychology*, 9(2), 311-322.
- Guizardi, F. L., & Pinheiro, R. (2006). Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 797-805.
- Hamel, J. (1997). *Étude de cas et sciences sociales*. Montréal: Harmattan Inc.
- Hantrais, L. (1999). Contextualization in cross-national comparative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 93-108.
- Jaccoud, M., & Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 211-250). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Kerr, A., Cunningham-Burley, S., & Tutton, R. (2007). Shifting Subject Positions: Experts and Lay People in Public Dialogue. *Social Studies of Science*, 37(3), 385-411.
- Kickbusch, I. (1999). Global + local = glocal public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(8), 451-452.
- Kickbusch, I., & de Leeuw, E. (1999). Global public health: revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*, 14(4), 285-288.
- Labra, M. E. (2006). Conselhos de Saúde. Visões “macro” e “micro”. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 199-221.
- Labra, M. E., & Figueiredo, J. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 537-547.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Professional Publishing.

- Leroy, W. (2001). 'Effective governance' through complexity thinking and management science. *Systems Research and Behavioral Science*, 18(3), 241-257.
- Lion, C., & Martini, P. (2006). The evaluation of a Complex Social Program: Lessons learned from the experience of the European Social Fund. *Evaluation and Program Planning*, 29(1), 1-9.
- Livingstone, S. (2003). On the Challenges of Cross-National Comparative Media Research. *European Journal of Communication*, 18(4), 477-500.
- Lhotellier, A. (1995). Action, praxéologie et auto-formation. *Education Permanente, Mai* (122), 233-242.
- Love, A. (2004). Implementation Evaluation. In J. S. Wholey (Ed.), *Handbook of Practical Programme Evaluation* (pp. 63-97). San Francisco: Jossey-Bass.
- Maciel Filho, R., & Araújo Jr, J. L. C. d. (2002). Discussing community participation in health: an approach from the Brazilian experience. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2, 91-103.
- MacKian, S., Elliott, H., Busby, H., & Popay, J. (2003). 'Everywhere and nowhere': locating and understanding the 'new' public health. *Health & Place*, 9(3), 219-229.
- Martin-Garcia, M., Ponte-Mittelbrun, C., & Sanchez-Bayle, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 20 Suppl 1, 192-202.
- Martins, P. C., Cotta, R. M. M., Mendes, F. F., Franceschini, S. d. C. C., Priore, S. E., Dias, G., et al. (2008). Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18, 105-121.
- Mason, P., & Barnes, M. (2007). Constructing Theories of Change: Methods and Sources. *Evaluation*, 13(2), 151-170.
- McKie, L. (2003). Rhetorical Spaces: Participation and Pragmatism in the Evaluation of Community Health Work. *Evaluation*, 9(3), 307-324.
- Milewa, T., Valentine, J., & Calnan, M. (1998). Managerialism and active citizenship in Britain's reformed health service: power and community in an era of decentralisation. *Social Science & Medicine*, 47(4), 507-517.
- Miller, H. T., & Fox, C. J. (2001). The Epistemic Community. *Administration Society*, 32(6), 668-685.
- Moreira, M. R., & Escorel, S. (2009). Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 795-806.
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research, Second Edition*. London: Sage Publications.
- Morgan, L. M. (2001). Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221-230.

- Morita, I., Guimarães, J. F. C., & Di Muzio, B. P. (2006). A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, 15, 49-57.
- Oliveira, T. D., Molesini, J. O., Gomes, I. F., & Teixeira, C. F. (1999). Conselhos municipais de saúde na Bahia: avaliação dos resultados da capacitação de conselheiros de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 1(4), 75-98.
- Oliveira, V. (2004). Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 13, 56-69.
- Pessoto, U. C., Nascimento, P. R., & Heimann, L. S. (2001). A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 89-97.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Pomey, M.-P., & Dubois, C. A. (2007). L'analyse comparative des systèmes de santé: réformes et enjeux. In M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (pp. 133-156). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-210). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Preskill, H., Zuckerman, B., & Matthews, B. (2003). An Exploratory Study of Process Use: Findings and Implications for Future Research. *American Journal of Evaluation*, 24(4), 423-442.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). (2006). *Handbook of Action Research*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Reynaud, J.-D. (1989). *Les Règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin.
- Reynaud, J.-D. (1999). *Le conflit, la négociation et la règle. 2e édition augmentée*. Toulouse: Octarès Éditions.
- Rogers, P. J. (2008). Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation*, 14(1), 29-48.
- Rosen, P. (2006). Public dialogue on healthcare prioritisation. *Health Policy*, 79(1), 107-116.
- Ryan, K. E., & Destefano, L. (2001). Dialogue as a Democratizing Evaluation Method. *Evaluation*, 7(2), 188-203.
- Sanderson, I. (2000). Evaluation in Complex Policy Systems. *Evaluation*, 6(4), 433-454.

- Sassen, S. (2004). Local Actors in Global Politics. *Current Sociology*, 52(4), 649-670.
- Schwab, M., & Syme, S. L. (1997). On paradigms, community participation, and the future of public health. *Am J Public Health*, 87(12), 2049-2051; discussion 2051-2042.
- Serapioni, M., & Romani, O. (2006). Potencialidades e desafios da participação em instancias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Italia, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2411-2421.
- Singer, M. A. (1995). Community participation in health care decision making: is it feasible? *Canadian Medical Association Journal*, 153(4), 421-424.
- Springett, J. (2001). Participatory approaches to evaluation in health promotion. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives* (pp. 83-105). Denmark: World Health Organization.
- Streck, D. R., & Adams, T. (2006). Lugares da participação e formação da cidadania. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 95-117.
- Suarez-Herrera, J. C. (2006). Community nutrition programs, globalization and sustainable development. *British Journal of Nutrition*, 96(1), S23-S27.
- Suarez-Herrera, J. C. (2008). L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine. In V. Ridde & K. Mohindra (Eds.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec* (pp. 41-56). Montréal: Acfas.
- Suarez-Herrera, J. C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A.-P. (Sous-presse). Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive. Le cas des conseils locaux de santé au Brésil. *Nouvelles pratiques sociales*.
- Suarez-Herrera, J. C., O'Shanahan Juan, J. J., & Serra-Majem, L. (2009). La participación social como estrategia central de la Nutrición Comunitaria para afrontar los desafíos asociados a la transición nutricional. *Revista Espanola de Salud Publica*, 83(6), 791-803.
- Suarez-Herrera, J. C., Springett, J., & Kagan, C. (2009). Critical Connections between Participatory Evaluation, Organizational Learning and Intentional Change in Pluralistic Organizations. *Evaluation*, 15(3), 321-342.
- Teixeira, C. F., & Solla, J. P. (2006). *Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família*. Salvador: Edufba.
- Teixeira, E. C. (2001). *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. Salvador: UFBA.
- Thurston, W. E., MacKean, G., Vollman, A., Casebeer, A., Weber, M., Maloff, B., et al. (2005). Public participation in regional health policy: a theoretical framework. *Health Policy*, 73(3), 237-252.

- Thurston, W. E., & Potvin, L. (2003). Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation*, 9(4), 453-469.
- Torres, R. T., & Preskill, H. (2001). Evaluation and Organizational Learning: Past, Present, and Future. *American Journal of Evaluation*, 22(3), 387-395.
- Tremblay, M. (2004). Droits, santé et participation démocratique. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 41-49.
- Valla, V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, S07-S18.
- Van Stralen, C., Lima, Â.-M., Fonseca-Sobrinho, D. d., Saraiva, L., Van Stralen, T., & Belisário, S. (2006). Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 621-632.
- Vargas-Côrtes, S. M. (2002). Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, 18-49.
- Vartiainen, P. L. (2002). On the Principles of Comparative Evaluation. *Evaluation*, 8(3), 359-371.
- Vazquez, M. L., Siqueira, E., & Kruze, I. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 30-38.
- Veenstra, G., & Lomas, J. (1999). Home is where the governing is: social capital and regional health governance. *Health & Place*, 5(1), 1-12.
- Walsh, M., Grant, G., & Coleman, Z. (2008). Action research--a necessary complement to traditional health science? *Health Care Analysis*, 16(2), 127-144.
- Weiss, C. H. (1998). Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation? *American Journal of Evaluation*, 19(1), 21-33.
- Wendhausen, Á. (2006). Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 697-704.
- Wendhausen, Á., Barbosa, T. M., & Borba, M. C. (2006). Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. *Saúde e Sociedade*, 15, 131-144.
- Wendhausen, Á., & Caponi, S. (2002). O diálogo e a participação em um conselho local de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1621-1628.

- Wendhausen, Á., & Cardoso, S. d. M. (2007). Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60, 579-584.
- Wholey, J. S. (1982). L'appréciation de l'évaluabilité d'un programme. In R. Lecompte & L. Rutman (Eds.), *Introduction aux méthodes de recherche évaluative* (pp. 47-64). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research : Design and Methods*, 4<sup>th</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications.



## **Conclusion**

## LE RENOUVELLEMENT ORGANISATIONNEL DE LA PARTICIPATION DANS LE CHAMP COMPLEXE DE LA SANTÉ PUBLIQUE INTERNATIONALE

### 1. Des enjeux locaux pour une santé publique globale

L'interpénétration croissante entre les mouvements expansionnistes des institutions modernes et la transformation constante des interactions sociales est associée, entre autres, à des phénomènes concernant la décontextualisation géopolitique des rapports sociaux, l'appropriation réflexive des savoirs pratiques et l'apparition de nouvelles sources de risque au-delà des frontières nationales (Beck, 1986; Giddens, 1994). Ces processus inexorables de mondialisation institutionnelle constituent de nos jours un des enjeux les plus importants pour les acteurs d'une santé publique dont le discours et la pratique se déploient depuis quelques décennies dans un espace de confluence sociopolitique tant au niveau local qu'à l'échelle internationale (Bettcher & Lee, 2002; Fassin, 2001; Lee, 1998; Lee, Buse, & Bustukian, 2002; Suarez-Herrera, O'Shanahan Juan, & Serra-Majem, 2009).

En conséquence, on assiste à une prolifération émergente de débats autour des rôles que les acteurs responsables d'une santé publique en cours de renouvellement devraient jouer sur le plan local face aux contraintes reliées au contexte global (Baum, 2002; Beaglehole & McMichael, 1999; Kickbusch, 2005; MacKian, Elliott, Busby, & Popay, 2003). On s'attend maintenant à une reconduction des infrastructures capable de faire face aux enjeux associés, entre autres, à l'émergence des TICs, aux mouvements migratoires transnationaux ou à la hausse significative des inégalités sociales de santé (Beaglehole & Bonita, 2000; Kickbusch & de Leeuw, 1999; McMichael & Beaglehole, 2000; Suarez-Herrera, 2008).

Dans ce contexte nettement incertain, la gouverne de la santé publique s'ouvre progressivement aux différents secteurs des sociétés contemporaines tout en créant des points d'accès sélectifs : des espaces qui renforcent l'interaction mutuelle entre les acteurs intersectoriels et les experts de

la santé publique (Harzheim & Álvarez-Dardet, 2001; Suarez-Herrera, Champagne, & Contandriopoulos, Sous-presse). Il s'agit-là d'une stratégie de gouvernance fondée sur un processus de « relocalisation » de l'action collective (Giddens, 1994) afin de rétablir la confiance envers la fiabilité des représentants du secteur de la santé publique, qui ne répondent que partiellement aux besoins accrus de sécurité populationnelle (El Ansari, Phillips, & Zwi, 2002; Kickbusch & de Leeuw, 1999; Tuohy, 2003).

De ce fait, la responsabilisation active et réflexive des citoyens, la concertation intersectorielle, la coopération au développement et la collaboration interdisciplinaire, entre autres, deviennent des stratégies essentielles des systèmes locaux de santé dans le cadre d'un processus de changement organisationnel axé sur la participation communautaire aux processus démocratiques de décentralisation des SSP ainsi que de formulation et de mise en œuvre de politiques publiques en matière de santé (Beaglehole, Bonita, Horton, Adams, & McKee, 2004; Frenk & Gomez-Dantes, 2002; Kickbusch, 2000; McKee, Gilmore, & Schwalbe, 2005a, 2005b; Suarez-Herrera & Delisle, 2006). En ce sens, les processus d'implantation des CLS dans le cadre des politiques régionales de décentralisation de SSP correspondent à des stratégies de relocalisation institutionnelle des PP des acteurs intersectoriels dans des points d'accès des systèmes locaux de santé.

Ici, toute stratégie de changement organisationnel requiert du temps et ne se construit pas de manière définitive, mais se réalise dans des situations routinières d'interaction complexe ayant pour but de promouvoir l'émergence d'une confiance pragmatique (Espedal, 2006; Feldman, 2004; Hendry & Seidl, 2003; Regnér, 2003). Les résultats du projet de recherche empirique montrent que ces routines organisationnelles, essentielles pour le réajustement de la sécurité ontologique des parties prenantes, transforment les relations intersectorielles par un processus dans lequel la reconstruction identitaire

des acteurs concernés prend forme par un exercice paradoxal de traduction à la fois stratégique et systémique.

D'une part, la *traduction stratégique* des PP correspond à la mise en action du réseau sociotechnique constitué par les CLS. Ce processus de socialisation de la participation s'appuie sur une perspective informelle d'élargissement visant l'expansion des acteurs stratégiques impliqués dans la gouverne des CLS. D'autre part, la *traduction systémique* des PP correspond à la mise en réseau des acteurs intersectoriels. Ce processus d'institutionnalisation de la participation s'appuie sur une perspective formelle d'approfondissement visant la consolidation du réseau sociotechnique constitué par les entités organisationnelles et leurs porte-paroles. Ici, l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS est conçue comme un processus de relocalisation institutionnelle façonné par une succession itérative de traductions d'ordre stratégique et systémique se configurant différemment selon le palier d'influence.

En fait, Régner (2003) constate que la création des pratiques stratégiques au niveau périphérique de l'organisation est reliée à des processus de nature notamment inductive, axés sur la communication informelle, l'expérience et l'exploration heuristique, alors qu'au niveau central les stratégies relèvent d'une dynamique particulièrement déductive, axée sur l'intelligence formelle, la planification et la prescription routinière. De ce point de vue, l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS peut être caractérisée d'une part, comme un processus de traduction stratégique de type inductif, qui part du positionnement social des acteurs concernés, de leurs dispositions groupales de coopération et des rapports stratégiques de pouvoir qui se tissent entre eux et, d'autre part, comme un processus de traduction systémique de type déductif, partant de la logique technique de l'intervention, des facteurs influents du contexte organisationnel et des mécanismes systémiques de régulation configurés par les structures formelles d'encadrement.

L'interaction entre ces deux dimensions de la participation, tant sur le plan local qu'international, montre de quelle manière le réseau sociotechnique (des entités organisationnelles et leurs porte-paroles) constitué par les CLS vient se traduire en un système complexe d'action et d'intervention participatif. Les résultats de notre raisonnement pratique montrent que la mise en réseau de ces acteurs intersectoriels n'est donc pas réduite à de simples mécanismes systémiques de régulation opérationnalisés par l'adoption passive des règles administratives. Les rapports stratégiques de pouvoir qui se tissent entre les acteurs concernés – et entre ceux-ci et les facteurs contextuels plus larges – permettent de transformer les consignes organisationnelles formalisées par les cadres dirigeants. En d'autres termes, les acteurs impliqués dans la gouverne des CLS traduisent, par un mouvement complexe de transformation et d'adaptation, l'intégration organisationnelle de leurs PP et cela, dans un contexte pluraliste de relations informelles d'appropriation et de structures formelles d'encadrement (Bernoux, 2002; Carney, 1987; Child, 1972, 1997; Chwe, 1999; Denis, Langley, & Rouleau, 2007; Stevens & Slack, 1998).

De cette façon, nous avons constaté que, pour être porteuse de changement, cette perspective paradoxale de traduction organisationnelle devrait se matérialiser dans le concret par le biais d'un ensemble de mécanismes de régulation conjointe. En fait, dans les deux cas à l'étude l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS est explicitée par un double exercice de régulation, à la fois autonome et de contrôle, capable de transformer un réseau sociotechnique en un système complexe d'action et d'intervention participatif. D'un côté, la régulation autonome part des initiatives locales, de pratiques stratégiques qui sont capables de modifier le cadre régulateur en vigueur de la gouverne des CLS tout en créant des innovations organisationnelles transformatrices. De l'autre côté, la régulation de contrôle part du cadre politico-administratif central, de règles systémiques qui orientent et prescrivent les pratiques des acteurs du palier local tout en pérennisant la production et la reproduction des pratiques stratégiques.

Or, la déviation vers l'une ou l'autre des modalités de régulation représente un enjeu primordial au changement prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP. Que ce soit par un processus de délégation explicite exogène ou de délégation tacite endogène, l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des CLS à l'étude laisse apparaître un processus de régulation qui privilégie amplement la mise en place des modalités instrumentales de contrôle organisationnel. Même si ce processus de traduction organisationnelle est formalisé et prend l'apparence de rapports stratégiques de pouvoir fondés sur la construction d'un environnement d'apprentissage, les mécanismes systémiques de régulation acquièrent souvent un caractère prescriptif et sont axés sur la mise en place d'activités et de services qui répondent principalement aux exigences politico-administratives de la SMS à Salvador de Bahia, au Brésil et du SCS aux îles Canaries en Espagne.

Selon une perspective systémique de la traduction organisationnelle des PP, ce cadre régulateur confère manifestement aux CLS la qualité de « points de passage obligés » autour desquels s'organisent toutes les stratégies de réorganisation des systèmes locaux de santé. Le caractère régulateur, contraignant et prescriptif des PP intégrées dans la gouverne des CLS devient graduellement une source de nouvelles zones d'incertitude et donc, de résistances organisationnelles envers le projet de changement démocratique des SSP (Bispo-Junior & Sampaio, 2008; Wendhausen, 2006). Ces résistances se font explicites par le biais de toute sorte de stratégies où le langage joue un rôle fondamental. Certaines de ces stratégies discursives, se manifestant sous forme de « silences organisationnels », apparaissent comme de véritables obstacles à la nature délibérative et décisionnelle de ces espaces participatifs.

Dans un contexte si contraignant, les acteurs impliqués dans la gouverne des CLS sont dorénavant forcés de privilégier une dimension utilitariste de leurs décisions, tout en conduisant leurs PP vers la résolution technique de problèmes à court terme et la prise de décisions immédiate. En ce sens, la

participation est vue inévitablement comme un moyen, un instrument (Guizardi & Pinheiro, 2006; Maciel Filho & Araújo Jr, 2002; Morgan, 2001; Valla, 1998; Van Stralen, et al., 2006).

Cette perspective fondée sur des mécanismes systémiques de régulation axés sur le contrôle organisationnel a la tendance d'exclure les acteurs concernés des processus réels de prise de décision lorsqu'elle les instrumentalise pour légitimer la formalisation de nouveaux projets. En ce sens, le partage par le biais de la participation ne se concrétise pas nécessairement par la distribution symétrique des rapports stratégiques de pouvoir, mais peut-être que les tendances utilitaristes prédominantes peuvent même venir renforcer une conception asymétrique, technocratique et démagogique des processus participatifs (Morita, Guimarães, & Di Muzio, 2006; Suarez-Herrera, et al., Sous-presse; Suarez-Herrera, O'Shanahan Juan, et al., 2009).

De ce fait, la capacité transformatrice de l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne CLS ne doit pas être tenue pour acquise au sein du projet de changement démocratique prévu dans le cadre des politiques régionales de décentralisation des SSP. Bien au contraire, les espaces participatifs créés par les CLS peuvent être perçus comme une source de menaces importante pour la réorganisation « effective » des SSP (Bispo-Junior & Sampaio, 2008; Gerschman, 2004), dans la mesure où ils peuvent être considérés comme des points de passages « imposés » au sein d'un processus stratégique de relocalisation institutionnelle de la participation. De cette façon, au lieu de promouvoir une plus grande responsabilisation de tous les secteurs des sociétés contemporaines, les CLS pourraient être conçus comme des dispositifs organisationnels de contrôle des mouvements intersectoriels locaux qui s'organisent pour faire face à la transition radicale associée à la mondialisation institutionnelle des sociétés modernes (Labra, 2006; Valla, 1998; Van Stralen, et al., 2006; Vargas-Côrtés, 2006).

## **2. Considérations épistémologiques du modèle de la transition organisationnelle (MTO)**

L'émergence de cette vision à la fois locale et globale de l'idéal participatif dans le champ complexe de la santé publique exige manifestement une prise en considération multidimensionnelle des enjeux associés à l'intégration organisationnelle de la participation par l'alignement, à plusieurs niveaux de complexité épistémologique, entre la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique, le discours institutionnel de décentralisation des SSP et enfin, l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS. En ce sens, la construction du concept et des conduites associés historiquement à la « participation communautaire » semble faire face à un double processus de « déplacement » de sens, au niveau global et de « délocalisation » de pratiques, au niveau local, ancré dans l'existence des forces de tension paradoxales entre des tendances apparemment antagonistes (Kickbusch, 1999; Labra, 2006; Morgan, 2001; Sassen, 2004; Teixeira, 2001; Valla, 1998).

En fonction de cette visée générale, et à la lumière des propos conceptuels des approches théoriques sous-jacentes à la dimension empirique de cette étude, le modèle de la transition organisationnelle (MTO) permet au chercheur de décrire, de mieux comprendre et de rendre intelligible les processus par lesquels le réseau sociotechnique configurant les PP des acteurs impliqués dans la gouvernance des CLS vient se traduire en un système complexe d'action et d'intervention participatif. Le MTO conçoit le processus d'intégration des PP comme un phénomène organisationnel complexe se déroulant en trois étapes récurrentes, soit (1) la configuration du réseau sociotechnique, (2) l'établissement des dynamiques collaboratives, et (3) la constitution d'un système complexe d'action et d'interventions participatif. En nous guidant de ce modèle, nous parvenons, en premier lieu, à décrire le positionnement social des acteurs concernés et la logique technique de l'intervention. Ensuite, nous rendons intelligibles les dispositions comportementales de coopération et les facteurs environnementaux du contexte. Et finalement nous sommes en mesure de faire



connaître les rapports stratégiques de pouvoir et les mécanismes systémiques de régulation constituant le processus d'intégration organisationnelle des PP des acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des CLS.

Dans cette perspective, le processus d'intégration organisationnelle des PP identifié par le MTO adopte dans cette étude un agencement épistémotocial constitué par l'intersection entre un ensemble de sous-dimensions relationnelles interreliées au niveau local et un ensemble de sous-dimensions structurelles interreliées au niveau central. Ici, les rapports stratégiques de pouvoir déployés par les acteurs intersectoriels sont favorisés et contraints par les mécanismes systémiques de régulation du réseau sociotechnique. Il n'y a pas une distinction nette entre les acteurs intersectoriels et les structures de ce réseau. Ces structures ne sont pas externes aux acteurs, mais représentent plutôt un ensemble de construits cognitifs profonds de type intrasubjectif associés à leurs représentations socioculturelles du phénomène participatif.

Le MTO devient ainsi un outil d'analyse, de comparaison et de synthèse qui facilite le suivi de l'adaptation mutuelle et les transformations successives entre les relations informelles d'appropriation et les structures formelles d'encadrement constituant toute stratégie innovatrice à dominante participative. Il permet d'explorer en profondeur les dimensions relationnelles et structurelles des étapes du processus d'intégration organisationnelle des pratiques d'action et d'intervention participatives dans la gouverne des interventions complexes (Barnes, Matka, & Sullivan, 2003; Connelly, 2007; Lion & Martini, 2006; Rogers, 2008; Sanderson, 2000), ces dernières se déroulant dans des contextes pluralistes (Denis, et al., 2007). De cette façon, nous pouvons utiliser le MTO comme un modèle de gouvernance participative nous permettant de mieux cerner, par le biais d'une stratégie théorico-pratique de recherche-action, les processus de planification, d'implantation et d'évaluation de toute intervention complexe dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Le MTO offre entre autre les éléments nécessaires pour la discussion autour des trois lignes de réflexion critiques, complémentaires à son but principal, au sujet des enjeux relatifs : (1) aux zones d'incertitude et des espaces de négociation configurant le processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des interventions complexes; (2) à la contribution de ces PP au changement organisationnel prévu dans le cadre des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux; et enfin (3) à la réorganisation démocratique de la santé publique dans un contexte plus large de modernisation réflexive et son influence sur l'intégration organisationnelle des PP dans la gouverne des interventions complexes.

Ce modèle doit être repris méticuleusement afin de poursuivre son développement. Il pourrait être testé auprès des acteurs intersectoriels impliqués dans le processus de gouvernance de nombreuses interventions complexes implantées dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé – telles que des projets de développement de compétences individuelles, des programmes de renforcement de l'action intersectorielle, des stratégies de création d'environnements favorables, des processus de réorganisation démocratique de soins de santé ou enfin, des politiques publiques de santé et des services sociaux – . Ceci nous permettrait de valider et de corroborer le bien fondé des fondements conceptuels, des dimensions, des sous-dimensions, des critères et des sous-critères du MTO, tout en le complétant lorsque nécessaire.

Pour ce faire, l'applicabilité du MTO doit faire partie d'un processus itératif de va-et-vient théorico-pratique qui compte sur l'implication active et réflexive des acteurs concernés. Ici, le travail de recherche et d'action consiste en de fréquents allers-retours entre les concepts du MTO et les données issues des démarches empiriques. Dans cette étude, grâce aux contributions inestimables des membres des comités épistémiques participatifs (CÉP) créés dans chacun des milieux de recherche, les connaissances produites à chaque étape du projet de recherche ont servi à enrichir le MTO par la « densification » des

contenus des sous-dimensions relationnelles et structurelles du modèle. Certaines de ces connaissances ont ouvert des voies nouvelles de recherche et d'action autour du phénomène participatif, tandis que d'autres se sont révélées peu pertinentes et ont été mésestimées.

De là l'importance de concevoir le MTO comme un dispositif épistémotocial capable de dépasser cette fausse dichotomie entre les perspectives théoriques et les démarches pratiques inhérentes à tout modèle conceptuel. L'utilisation de ce modèle est comprise comme un processus complexe d'intériorisation de sens pratique et, en même temps, d'extériorisation de pratiques réflexives. Ce processus émerge de la rencontre entre un projet de recherche – c'est-à-dire, un ensemble de prémisses de départ, de dispositifs de travail et de critères de qualité communs à un CÉP – et une volonté de changement intentionnel exprimé de la part des partenaires de ce projet de recherche. L'implication active et réflexive des partenaires suivant le MTO permettra à son tour de traduire le réseau sociotechnique inhérent à toute intervention complexe en un système complexe d'action et d'intervention participatif, ce dernier étant axé sur un processus de gestion collaborative des connaissances ainsi que d'articulation intersectorielle de l'action collective.

### **3. De la participation communautaire aux réseaux épistémiques de pratiques participatives**

Les résultats des analyses relatives au projet de recherche empirique montrent que le processus d'intégration des PP dans la gouverne des CLS résulte d'une série de traductions d'ordre stratégique et systémique qui font émerger le réseau sociotechnique dans lequel elles font du sens et se stabilisent dans le temps. Les connaissances et les actions développées par les acteurs circulent par des traductions successives par un processus progressif d'adaptation et de transformation tant des savoirs transculturels que des pratiques intersectorielles. Ici, le système complexe d'action et d'intervention participatif constitué par les CLS acquiert l'apparence d'un *réseau épistémique de pratiques*

*participatives* (RÉPP). Ce réseau est épistémique en ce qu'il est conçu comme un système organisé d'action et de réflexion rassemblant des acteurs très diversifiés qui s'organisent autour d'un processus de conceptualisation transculturelle de connaissances ainsi que d'opérationnalisation intersectorielle des actions, et cela par un ensemble de mécanismes d'instrumentalisation organisationnelle de l'apprentissage. Il s'agit-là d'une démarche praxéologique où des acteurs apprentis intègrent leurs PP par l'articulation des représentations théoriques avec des interactions pratiques.

En ce sens, le construit de RÉPP entraîne un ensemble de considérations épistémologiques se déployant à trois niveaux de complexité organisationnelle qui se complètent mutuellement à notre MTO par le biais d'un processus théorico-pratique, à la fois local et global, stratégique et systémique, inductif et déductif, endogène et exogène, relativement au renouvellement organisationnel de la participation dans le champ complexe de la santé publique internationale.

Premièrement, sur le plan conceptuel, la notion de RÉPP s'appuie sur un processus de conceptualisation transculturelle de la connaissance.

Une des voies émergentes du processus dialectique entre les perspectives théoriques et les démarches pratiques associées à notre projet de recherche est celle de la « culture organisationnelle ». Il s'agit-là d'une notion qui semble être très prometteuse dans le champ de la recherche et de l'action autour du processus d'intégration de l'idéal participatif dans le champ complexe de la santé publique. Cette notion émerge de l'interrelation récurrente entre les dimensions conceptuelles du MTO et les résultats préliminaires du raisonnement pratique, lesquels configurent dans cette étude un tout organisationnel complexe qui va au-delà de la simple addition de ses parties et qui forme un système doté de qualités spécifiques très dynamiques du point de vue heuristique.

Tout au long des démarches conceptuelles, méthodologiques et opérationnelles du projet de recherche, la culture organisationnelle semble être présente partout dans les étapes du phénomène participatif qui se configure d'ailleurs comme un ensemble de traductions successives d'ordre stratégique et systémique. En premier lieu, l'interaction entre le positionnement social des acteurs concernés et la logique technique de l'intervention – à savoir les CLS – facilite la configuration d'un réseau sociotechnique dont les propriétés praxéologiques dépassent celles des sous-dimensions qui l'intègrent. Ensuite et dans le même ordre des choses, l'interaction entre les dispositions groupales de coopération et les facteurs influents du contexte renforce l'établissement d'un ensemble de dynamiques collaboratives dont les propriétés discursives jouent un rôle essentiel dans l'intégration organisationnelle du phénomène participatif. Finalement, l'interaction entre les rapports stratégiques de pouvoir et les mécanismes systémiques de régulation donne lieu à la constitution d'un système complexe d'action et d'intervention participatif dont les propriétés symboliques élargissent d'un côté et approfondissent de l'autre côté, celles des sous-dimensions stratégique et systémique qui l'intègrent.

Une réflexion approfondie sur la culture organisationnelle permettra de mieux saisir les forces et les faiblesses relatives aux relations informelles d'appropriation ainsi que les opportunités et les contraintes relatives aux structures formelles d'encadrement configurant le RÉPP (Bréchet & Schieb-Bienfait, 2009). Ces PP sont conçues comme des construits politiques et donc essentiellement de type culturel. En ce sens, aucun rapport stratégique de pouvoir, aucun mécanisme systémique de régulation ne peut se bâtir hors de la culture organisationnelle car tout fait politique comme le phénomène participatif devient un fait culturel au sens fort du terme (Crozier & Friedberg, 1977).

La culture organisationnelle peut être conçue en tant que processus continu de production, de transfert et d'utilisation de connaissances ainsi que d'apprentissage organisationnel intimement relié à des stratégies de changement

démocratique (Bouzada-Fernández, 2003 ; Browman, Snider, & Ellis, 2003; Cook & Yanow, 1993; Lukas et al., 2007). La dimension culturelle des organisations permet de mieux comprendre les dynamiques de création de zones d'incertitude et d'espaces de négociation qui font du sens dans les processus de construction d'une réalité organisationnelle à la fois locale et globale (Fulk, 2001; Labra, 2006; Müller, 2003). De ce fait, la conceptualisation transculturelle des connaissances offre donc un champ très intéressant de recherche et d'action permettant d'explorer les possibilités de changements organisationnels précurseurs d'un ensemble de valeurs normatives d'orientation pouvant se constituer comme une troisième dimension du MTO, à savoir la dimension situationnelle. Cette dimension situationnelle – situant et située –, correspond notamment aux systèmes de valeurs et de représentations socioculturelles constitué par des construits cognitifs profonds nécessaires pour une compréhension renouvelée de l'intégration des PP dans la gouverne des interventions complexes dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Deuxièmement, sur le plan méthodologique, la notion de RÉPP s'appuie sur un processus d'instrumentalisation organisationnelle de l'apprentissage.

Cette vision complexe du rôle de l'idéal participatif dans le discours et la pratique de la santé publique exige manifestement une prise en considération intégrale des enjeux méthodologiques associés à l'intégration organisationnelle de la participation dans la gouverne des interventions complexes. Dans ce champ de connaissances interdisciplinaires et d'actions intersectorielles les interventions sont graduellement axées sur des dynamiques organisationnelles de production, de transfert et d'utilisation des connaissances. Ces interventions complexes se caractérisent, entre autres, par des finalités multiples, souvent contradictoires et difficiles à identifier, un grand nombre de composantes interdépendantes mobilisant de nombreux acteurs intersectoriels qui agissent en fonction des logiques différentes et un processus de mise en place

largement lié au contexte local et influencé par des événements globaux (Barnes, et al., 2003; Contandriopoulos, 2000; Touati & Suarez-Herrera, Soumis).

Cette interconnexion des acteurs intersectoriels locaux avec certains facteurs influents du contexte global est inhérente à la complexité de ce genre d'interventions et montre clairement l'importance de la mise en place d'un agenda transnational dans le champ de la santé publique configuré par des réseaux locaux de recherche et d'action évaluatives, participatives et comparatives (Suarez-Herrera, 2008). Ces réseaux prennent en considération la contribution active et réflexive des acteurs locaux impliqués dans la gouverne des interventions complexes faisant partie, à leur tour, d'un mouvement sociopolitique plus large au niveau global. Dans cet ordre d'idées, les principes de la recherche-action ainsi que les propos épistémologiques de ses approches évaluatives, participatives et comparatives rejoignent largement la perspective théorico-pratique sous-jacente à la notion de RÉPP.

Ces réseaux, constitués par un groupe d'acteurs intersectoriels représentant plusieurs domaines institutionnels et interagissant dans plusieurs paliers d'influence, sont considérés ici comme des espaces de production de connaissances et d'articulation d'actions collectives combinant la recherche en partenariat, l'apprentissage organisationnel et l'innovation stratégique. Dans ce contexte, le rôle du chercheur prend la forme d'une pratique de traduction stratégique et systémique visant la création d'espaces publics de délibération et de dialogue actifs et réflexifs (Abma et al., 2001; Greene, 2001; McKie, 2003; Ryan & Destefano, 2001) avec et entre les partenaires du projet de recherche-action. Ces espaces discursifs et délibératifs mettent en relation les savoirs transculturels et les pratiques intersectorielles par le biais d'un processus d'apprentissage organisationnel qui permet de construire simultanément un projet de changement démocratique en fonction des intérêts des acteurs concernés (Suarez-Herrera, Springett, & Kagan, 2009).

Axée donc sur un processus de traduction organisationnelle de connaissances, la pratique du chercheur relève, dans ses dimensions à la fois stratégique et systémique, de l'implication des acteurs intersectoriels dans les dynamiques d'apprentissage organisationnel ainsi que de leur capacité à structurer et à donner une signification collective à leurs PP en matière de santé publique. L'attribution de significations aux savoirs et aux pratiques autour du phénomène participatif émerge d'un processus axé sur la « négociation de sens » (Guillaume, 2008; Hodgkinson & Clarke, 2007; Müller, 2003). Cette négociation peut impliquer l'alignement discursif plus ou moins explicite entre plusieurs acteurs (Abma & Widdershoven, 2008; Jarzabkowski & Seidl, 2008; McKie, 2003), et peut également s'appuyer sur des éléments tacites, comme par exemple des conventions et des règles de conduite (Fulk, 2001; Labra, 2006).

Les RÉPP facilitent donc la création d'un environnement d'apprentissage (Abma, 2007; Billett, 2004; Diez, 2001; Kalliola, Nakary, & Pesonen, 2006; Limerick, Passfield, & Cunnington, 1994; Torres & Preskill, 2001) qui constitue le contexte organisationnel idéal pour une production et un transfert plus dynamiques des connaissances tout en permettant de les utiliser selon les besoins identifiés par les acteurs concernés (Forss, Rebien, & Carlsson, 2002; Patton, 1998; Preskill, Zuckerman, & Matthews, 2003). Ici, l'instrumentalisation organisationnelle de l'apprentissage prend forme par un processus de développement de compétences individuelles et collectives relatives à la pratique de la recherche évaluative et participative permettant à un groupe d'acteurs intersectoriels de construire des relations de confiance et, grâce à cela, de développer un sentiment d'appartenance et d'engagement mutuel envers l'intervention qui les concerne (Lawrenz & Huffman, 2003; Lennie, 2005; Preskill & Boyle, 2008; Suarez-Herrera, Springett, et al., 2009). Ce processus de développement de compétences en recherche évaluative et participative est probablement l'une des stratégies de recherche-action les plus adéquates permettant de mettre en place un processus d'apprentissage organisationnel qui touche de façon approfondie l'ensemble des facteurs influençant les



transformations successives et l'adaptation mutuelle entre la culture organisationnelle et les PP des acteurs intersectoriels impliqués dans la gouverne des interventions complexes (Preskill & Torres, 1999; Suarez-Herrera, 2007).

Enfin, sur le plan opérationnel, la notion de RÉPP s'appuie sur un processus d'opérationnalisation intersectorielle de l'action.

La pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique renforce l'apparition de nouvelles scènes dans lesquelles la gouverne des interventions complexes s'organise socialement par l'ouverture des espaces publics fondés sur les principes de participation, d'action collective et de concertation intersectorielle. Dans ces espaces d'action et d'intervention participatifs, on peut actuellement apprécier une relation dialectique entre le point de vue des gestionnaires et des professionnels de la santé et celui d'une diversité croissante d'acteurs intersectoriels provenant des secteurs de la société civile et de l'industrie capitaliste (El Ansari & Phillips, 2001; Kickbusch & de Leeuw, 1999; Morgan, 2001).

Étant donné l'influence de certains facteurs contextuels de type politico-administratif, techno-économique et socioculturel, cette perspective dialectique semble accentuer la ségrégation progressive des relations existant entre des secteurs sociétaux classiquement ralliés, notamment ceux de la société civile et de l'administration publique (Dagnino, 2004; Jacobi, 2002; Pinto, 2004; Sassen, 2004). Dans ce contexte, les cadres gestionnaires responsables de l'implantation des interventions de santé et des services sociaux doivent faire face à une complexité organisationnelle grandissante. La dualité des processus de traduction stratégique et systémique associés à l'intégration des PP d'une multiplicité d'acteurs fait des interventions complexes des scénarios où le savoir traditionnel et le savoir scientifique sont remplacés par des savoirs multiples et, surtout, constamment révisables à la lumière des nouvelles connaissances.

Ceci dit, la notion de RÉPP permet de renforcer l'alignement organisationnel entre la création locale d'espaces publics d'action intersectorielle et les représentations globales de démocratisation de la santé publique. La gestion des connaissances est ici le produit d'un projet intersociétal hybride combinant les secteurs de l'administration publique, de la société civile et de l'industrie capitaliste (Adler, 2001; Callon, Lascoumes, & Barthe, 2001; Milewa, 1997). Historiquement, chacun de ces secteurs a été constitué par un domaine institutionnel prédominant et a privilégié des modalités d'intervention bien spécifiques. En premier lieu, le domaine institutionnel du secteur de l'administration publique est l'État, et ses modalités d'intervention s'appuyaient sur un système bureaucratique axé sur une notion de l'organisation essentiellement hiérarchique (Milewa, Valentine, & Calnan, 1998; Weyland, 1995). Deuxièmement, le domaine institutionnel principal du secteur industriel est le marché, dont ses modalités d'intervention privilégiées s'étaient appuyées sur un système de gestion de capital essentiellement financier (Arévalo, 2004; Barnes, 1999). Finalement, le domaine institutionnel de la société civile est la citoyenneté, qui était ses piliers sur des modalités d'intervention fondées sur la confiance « aveugle » envers la fiabilité des systèmes experts des sociétés modernes (Aakko, 2004; Giddens, 1994; Gilson, 2003).

Au sein des RÉPP, les savoirs provenant des différents secteurs deviennent complémentaires les uns des autres, c'est-à-dire, les espaces publics créés par ces réseaux se caractérisent par l'inclusion mutuelle entretenue des savoirs produits et des pratiques exercées par les acteurs concernés (Dias, 2004; Melucci & Avritzer, 2000; Mohan & Stokke, 2000; Teixeira, 2001). En ce sens, ces réseaux promeuvent un triple processus de traduction intersociétale, à la fois local et global, axé sur la « fractalisation » de la bureaucratie hiérarchique des États modernes, sur la « socialisation » du capital financier des marchés internationaux, et finalement, sur la « réflexivisation » de la confiance aveugle de la citoyenneté contemporaine. Il s'agit d'un processus « trialectique » et transformateur, à la fois intégrateur et intégré, d'opérationnalisation de l'action

intersectorielle par le biais de l'intégration organisationnelle des PP de nombreux acteurs-clés représentant les secteurs de l'administration publique, de l'industrie capitaliste et de la société civile.

Bref, la notion de RÉPP se présente comme étant une stratégie épistémotociale fort intéressante qui renforcerait le renouvellement organisationnel de la participation dans le champ complexe de la santé publique internationale par la prise en considération des relations de symétrie entre les dimensions locales et globales du phénomène participatif. Le caractère ontologique de cette notion se situe dans la perspective constructionniste de type structurationniste du positionnement épistémotocial de l'auteur. Cette perspective permet, d'une part, de participer activement à un processus complexe de production, de partage et d'utilisation des connaissances et, d'autre part, d'accompagner réflexivement les évolutions de l'articulation intersectorielle des actions collectives qui en découlent. Celles-ci produiront et reproduiront à leur tour de nouvelles connaissances autour du phénomène participatif par le biais d'un processus d'apprentissage organisationnel. La notion de RÉPP permet donc des passages incessants entre l'intégration locale des PP dans la gouverne des interventions complexes de santé et des services sociaux – tels que les CLS – et les processus plus larges de réorganisation démocratique de la santé publique dans un contexte global de mondialisation institutionnelle.

#### **4. En guise de conclusion**

Cette perspective organisationnelle de l'idéal participatif dans le domaine de la santé publique exige manifestement la prise en compte à l'échelle internationale des enjeux associés à l'intégration locale des PP dans la gouverne des interventions complexes de santé et des services sociaux. La manifestation paradoxale du phénomène participatif, aux échelles locale et globale, en tant que processus de traduction organisationnelle à la fois stratégique et systémique prend forme par l'interaction complexe entre la pensée contemporaine de

démocratisation de la santé publique, le discours institutionnel de décentralisation des SSP et l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS.

Les CLS, mis en place lors du processus de décentralisation du SUS à Salvador de Bahia au Brésil et du SCS aux îles Canaries en Espagne, représentent ainsi des espaces intéressants qui renferment dans leur fonctionnement tout un univers de lignes de tensions paradoxales accaparant toute notre attention. Ils permettent d'examiner la relation de caractère réciproque entre d'une part, une approche plus empirique permettant l'analyse en profondeur des processus d'intégration de pratiques d'action et d'intervention participatives plus spécifiques et, d'autre part, une compréhension conceptuelle de la mondialisation institutionnelle, qui définit des tendances expansionnistes très générales des sociétés modernes.

Du point de vue microsocial, en tant que systèmes complexes de traduction organisationnelle des PP, les CLS constituent des espaces participatifs très dynamiques où confluent simultanément des processus de mise en action de réseaux systémiques et de mise en réseau d'acteurs stratégiques, de relations informelles d'appropriation et de structures formelles d'encadrement, de délégations tacites endogènes et de délégations explicites exogènes, de socialisation du technique et d'institutionnalisation du social, et enfin d'approches d'élargissement du local visant l'expansion globale des acteurs stratégiques et d'approches d'approfondissement du global visant la consolidation locale des réseaux systémiques.

Du point de vue macrosocial, en tant que points d'accès participatifs du système expert de la santé publique, les CLS constituent simultanément des espaces très dynamiques de déplacement et de relocalisation des PP, de réappropriation populaire de savoirs pratiques et de spécialisation professionnelle de savoirs experts, d'autonomie individuelle et de contrôle institutionnel, de confiance personnelle et des liens anonymes, de sécurité

ontologique et de vulnérabilité systémique, et enfin, d'engagement civique et d'acceptation pragmatique.

La recherche et l'action en santé publique internationale se doit certainement de renforcer l'alignement épistémotocial entre, d'une part, la création d'espaces locaux d'action et d'intervention participatifs et, d'autre part, les représentations globales de démocratisation de la santé publique. Notre modèle de la transition organisationnelle (MTO) ainsi que la notion de réseaux épistémiques de pratiques participatives (RÉPP) semblent procurer un ensemble de considérations épistémotociales fort intéressantes et très prometteuses permettant d'examiner en profondeur les dimensions opérationnelles, méthodologiques et conceptuelles nécessaires pour un renouvellement organisationnel de la participation dans le champ complexe de la santé publique. Ceci pourrait certainement nous aider à construire collectivement l'expression réflexive et manifeste des valeurs démocratiques des sociétés modernes.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aakko, E. (2004). Risk communication, risk perception, and public health. *Wisconsin Medical Journal*, 103(1), 25-27.
- Abma, T. A. (2007). Situated Learning in Communities of Practice: Evaluation of Coercion in Psychiatry as a Case. *Evaluation*, 13(1), 32-47.
- Abma, T. A., Greene, J., Karlsson, O., Ryan, K. E., Schwandt, T. A., & Widdershoven, G. A. M. (2001). Dialogue on Dialogue. *Evaluation*, 7(2), 164-180.
- Abma, T. A., & Widdershoven, G. A. M. (2008). Evaluation and/as Social Relation. *Evaluation*, 14(2), 209-225.
- Adler, P. S. (2001). Market, Hierarchy, and Trust: The Knowledge Economy and the Future of Capitalism. *Organization Science*, 12(2), 215-234.
- Arévalo, D. A. (2004). Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Revista de Salud Pública*, 6(2), 107-107.
- Barnes, M. (1999). Users as Citizens: Collective Action and the Local Governance of Welfare. *Social Policy & Administration*, 33(1), 73-90.
- Barnes, M., Matka, E., & Sullivan, H. (2003). Evidence, Understanding and Complexity: Evaluation in Non-Linear Systems. *Evaluation*, 9(3), 265-284.
- Baum, F. (2002). *The New Public Health: An Australian Perspective*. Melbourne: Oxford University Press.
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2000). Reinvigorating public health. *The Lancet*, 356(9232), 787-788.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, O., & McKee, M. (2004). Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet*, 363(9426), 2084-2086.
- Beaglehole, R., & McMichael, A. (1999). The Future of Public Health in a Changing Global Context. *Development*, 42, 12-16.
- Beck, U. (1986). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.
- Bernoux, P. (2002). Le changement dans les organisations : entre structures et interactions. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 57(1), 77-99.
- Bettcher, D., & Lee, K. (2002). Globalisation and public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(1), 8-17.
- Billett, S. (2004). Workplace participatory practices: Conceptualising workplaces as learning environments *Journal of Workplace Learning* 16(6), 312-324.

- Bispo-Junior, J. P., & Sampaio, J. J. (2008). Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 23(6), 403-409.
- Bouzada-Fernández, X. M. (2003 ). Cultura, actores y desarrollo en contextos comunitarios locales. *Papers: revista de sociología*, 71, 131-170.
- Bréchet, J.-P., & Schieb-Bienfait, N. (2009). *Logique d'action et projet dans l'action collective. Réflexions théoriques comparées*. Lebn: Université de Nantes.
- Browman, G. P., Snider, A., & Ellis, P. (2003). Negotiating for change. The healthcare manager as catalyst for evidence-based practice: changing the healthcare environment and sharing experience. *Healthc Pap*, 3(3), 10-22.
- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris: Éditions du Seuil.
- Carney, M. G. (1987). The Strategy and Structure of Collective Action. *Organization Studies*, 8(4), 341-362.
- Child, J. (1972). Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice. *Sociology*, 6(1), 1-22.
- Child, J. (1997). Strategic Choice in the Analysis of Action, Structure, Organizations and Environment: Retrospect and Prospect. *Organization Studies*, 18(1), 43-76.
- Chwe, M. S. (1999). Structure and Strategy in Collective Action. *American Journal of Sociology*, 105(1), 128-156.
- Connelly, J. B. (2007). Evaluating complex public health interventions: theory, methods and scope of realist enquiry. *J Eval Clin Pract*, 13(6), 935-941.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(6), 517-539.
- Cook, S. D. N., & Yanow, D. (1993). Culture and Organizational Learning. *Journal of Management Inquiry*, 2(4), 373-390.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- Dagnino, E. (2004). ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando??. In D. Mato (Ed.), *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización* (pp. 95-110). Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela.
- Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.
- Dias, M. R. (2004). Da Capilaridade do Sistema Representativo: em busca da legitimidade nas democracias contemporâneas. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 4(2), 235-256.

- Diez, M. A. (2001). The Evaluation of Regional Innovation and Cluster Policies: Towards a Participatory Approach. *European Planning Studies*, 9(7), 907-923.
- El Ansari, W., & Phillips, C. J. (2001). Partnerships, community participation and intersectoral collaboration in South Africa. *Journal of Interprofesional Care*, 15(2), 119-132.
- El Ansari, W., Phillips, C. J., & Zwi, A. B. (2002). Narrowing the gap between academic professional wisdom and community lay knowledge: perceptions from partnerships. *Public Health*, 116(3), 151-159.
- Espedal, B. (2006). Do Organizational Routines Change as Experience Changes? *Journal of Applied Behavioral Science*, 42(4), 468-490.
- Fassin, D. (2001). La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. In B. Hours (Ed.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'Anthropologie* (pp. 24-40). Paris: Les Éditions Karthala.
- Feldman, M. S. (2004). Resources in Emerging Structures and Processes of Change. *Organization Science*, 15(3), 295-309.
- Forss, K., Rebien, C. C., & Carlsson, J. (2002). Process Use of Evaluations: Types of Use that Precede Lessons Learned and Feedback. *Evaluation*, 8(1), 29-45.
- Frenk, J., & Gomez-Dantes, O. (2002). Globalization And The Challenges To Health Systems. *Health Affairs*, 21(3), 160-165.
- Fulk, J. (2001). Global Network Organizations: Emergence and Future Prospects. *Human Relations*, 54(1), 91-99.
- Gerschman, S. (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1670-1681.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 56, 1453-1468.
- Greene, J. (2001). Dialogue in Evaluation: A Relational Perspective. *Evaluation*, 7(2), 181-187.
- Guillaume, O. (2008). *Le sens organisationnel. Le cas des démarches de qualité*. Paris: L'Harmattan.
- Guizardi, F. L., & Pinheiro, R. (2006). Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 797-805.
- Harzheim, E., & Álvarez-Dardet, C. (2001). Armadilha das pirâmides. *Cadernos de Saude Publica*, 17, 1009-1015.



- Hendry, J., & Seidl, D. (2003). The Structure and Significance of Strategic Episodes: Social Systems Theory and the Routine Practices of Strategic Change. *Journal of Management Studies*, 40(1), 175-196.
- Hodgkinson, G. P., & Clarke, I. (2007). Conceptual note: Exploring the cognitive significance of organizational strategizing: A dual-process framework and research agenda. *Human Relations*, 60(1), 243-255.
- Jacobi, P. R. (2002). Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadã. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 443-454.
- Jarzabkowski, P., & Seidl, D. (2008). The Role of Meetings in the Social Practice of Strategy. *Organization Studies*, 29(11), 1391-1426.
- Kalliola, S., Nakary, R., & Pesonen, I. (2006). Learning to make changes: democratic dialogue in action. *Journal of Workplace Learning* 18(7/8), 464-477.
- Kickbusch, I. (1999). Global + local = glocal public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(8), 451-452.
- Kickbusch, I. (2000). The development of international health policies - accountability intact? *Social Science & Medicine*, 51(6), 979-989.
- Kickbusch, I. (2005). Action on global health: Addressing global health governance challenges. *Public Health*, 119(11), 969-973.
- Kickbusch, I., & de Leeuw, E. (1999). Global public health: revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*, 14(4), 285-288.
- Labra, M. E. (2006). Conselhos de Saúde. Visões “macro” e “micro”. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 199-221.
- Lawrenz, F., & Huffman, D. (2003). How Can Multi-Site Evaluations be Participatory? *The American Journal of Evaluation*, 24(4), 471-482.
- Lee, K. (1998). Shaping the future of global health cooperation: where can we go from here? *The Lancet*, 351, 899-902.
- Lee, K., Buse, K., & Bustukian, S. (2002). *Health Policy in a Globalizing World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lennie, J. (2005). An Evaluation Capacity-Building Process for Sustainable Community IT Initiatives: Empowering and Disempowering Impacts. *Evaluation*, 11(4), 390-414.
- Limerick, D., Passfield, R., & Cunningham, B. (1994). Transformational Change: Towards an Action Learning Organization. *The Learning Organization: An International Journal*, 1, 29-40.
- Lion, C., & Martini, P. (2006). The evaluation of a Complex Social Program: Lessons learned from the experience of the European Social Fund. *Evaluation and Program Planning*, 29(1), 1-9.

- Lukas, C. V., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., et al. (2007). Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health Care Manage Rev*, 32(4), 309-320.
- Maciel Filho, R., & Araújo Jr, J. L. C. d. (2002). Discussing community participation in health: an approach from the Brazilian experience. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2(2), 91-103.
- MacKian, S., Elliott, H., Busby, H., & Popay, J. (2003). 'Everywhere and nowhere': locating and understanding the 'new' public health. *Health & Place*, 9(3), 219-229.
- McKee, M., Gilmore, A. B., & Schwalbe, N. (2005a). International cooperation and health. Part I: issues and concepts. *J Epidemiol Community Health*, 59(8), 628-631.
- McKee, M., Gilmore, A. B., & Schwalbe, N. (2005b). International cooperation and health. Part II: making a difference. *J Epidemiol Community Health*, 59(9), 737-739.
- McKie, L. (2003). Rhetorical Spaces: Participation and Pragmatism in the Evaluation of Community Health Work. *Evaluation*, 9(3), 307-324.
- McMichael, A. J., & Beaglehole, R. (2000). The changing global context of public health. *The Lancet*, 356, 495-499.
- Melucci, A., & Avritzer, L. (2000). Complexity, cultural pluralism and democracy: collective action in the public space. *Social Science Information*, 39(4), 507-527.
- Milewa, T. (1997). Community participation and health care priorities: reflections on policy, theatre and reality in Britain. *Health Promotion International*, 12(2), 161-168.
- Milewa, T., Valentine, J., & Calnan, M. (1998). Managerialism and active citizenship in Britain's reformed health service: power and community in an era of decentralisation. *Social Science & Medicine*, 47(4), 507-517.
- Mohan, G., & Stokke, K. (2000). Participatory development and empowerment: the dangers of localism. *Third World Quarterly*, 21(2), 247-268.
- Morgan, L. M. (2001). Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221-230.
- Morita, I., Guimarães, J. F. C., & Di Muzio, B. P. (2006). A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, 15(1), 49-57.
- Müller, C. (2003). Knowledge between Globalization and Localization: The Dynamics of Female Spaces in Ghana. *Current Sociology*, 51(3-4), 329-346.
- Patton, M. Q. (1998). Discovering Process Use. *Evaluation*, 4(2), 225-233.

- Pinto, C. R. J. (2004). Espaços deliberativos e a questão da representação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19, 97-113.
- Preskill, H., & Boyle, S. (2008). A Multidisciplinary Model of Evaluation Capacity Building. *American Journal of Evaluation*, 29(4), 443-459.
- Preskill, H., & Torres, R. T. (1999). Building Capacity for Organizational Learning Through Evaluative Inquiry. *Evaluation*, 5(1), 42-60.
- Preskill, H., Zuckerman, B., & Matthews, B. (2003). An Exploratory Study of Process Use: Findings and Implications for Future Research. *American Journal of Evaluation*, 24(4), 423-442.
- Regnér, P. (2003). Strategy Creation in the Periphery: Inductive Versus Deductive Strategy Making. *Journal of Management Studies*, 40(1), 57-82.
- Rogers, P. J. (2008). Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation*, 14(1), 29-48.
- Ryan, K. E., & Destefano, L. (2001). Dialogue as a Democratizing Evaluation Method. *Evaluation*, 7(2), 188-203.
- Sanderson, I. (2000). Evaluation in Complex Policy Systems. *Evaluation*, 6(4), 433-454.
- Sassen, S. (2004). Local Actors in Global Politics. *Current Sociology*, 52(4), 649-670.
- Stevens, J. A., & Slack, T. (1998). Integrating social action and structural constraints: Towards a More Holistic Explanation of Organizational Change. *International Review for the Sociology of Sport*, 33(2), 143-154.
- Suarez-Herrera, J. C. (2007). Le développement des capacités en recherche évaluative comme stratégie d'adaptation au changement organisationnel. *Infolettres. Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé*, 4(1,8-9).
- Suarez-Herrera, J. C. (2008). L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine. In V. Ridde & K. Mohindra (Eds.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec* (pp. 41-56). Montréal: Acfas.
- Suarez-Herrera, J. C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A.-P. (Sous-presse). Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive. Le cas des conseils locaux de santé au Brésil. *Nouvelles pratiques sociales*.
- Suarez-Herrera, J. C., & Delisle, H. (2006). Globalización, transición nutricional y desarrollo social de los países en vías de desarrollo. In L. Serra, J. Aranceta & J. Mataix (Eds.), *Nutrición y Salud Pública (2a edición)* (pp. 801-815). Barcelona: Masson.

- Suarez-Herrera, J. C., O'Shanahan Juan, J. J., & Serra-Majem, L. (2009). La participación social como estrategia central de la Nutrición Comunitaria para afrontar los desafíos asociados a la transición nutricional. *Revista Espanola de Salud Publica*, 83(6), 791-803.
- Suarez-Herrera, J. C., Springett, J., & Kagan, C. (2009). Critical Connections between Participatory Evaluation, Organizational Learning and Intentional Change in Pluralistic Organizations. *Evaluation*, 15(3), 321-342.
- Teixeira, E. C. (2001). *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. Salvador: UFBA.
- Torres, R. T., & Preskill, H. (2001). Evaluation and Organizational Learning: Past, Present, and Future. *American Journal of Evaluation*, 22(3), 387-395.
- Touati, N., & Suarez-Herrera, J. C. (Soumis). L'évaluation des interventions complexes : quelle peut être la contribution des approches configurationnelles ? *Revue canadienne d'évaluation de programme*.
- Tuohy, C. H. (2003). Agency, Contract, and Governance: Shifting Shapes of Accountability in the Health Care Arena. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 28(2-3), 195-216.
- Valla, V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saude Publica*, 14(spl.2), S07-S18.
- Van Stralen, C., Lima, Â.-M., Fonseca-Sobrinho, D. d., Saraiva, L., Van Stralen, T., & Belisário, S. (2006). Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 621-632.
- Vargas-Côrtes, S. (2006). Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In R. Pinheiro & R. A. de Matos (Eds.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde* (pp. 401-426). Rio de Janeiro: CEPESC.
- Wendhausen, Á. (2006). Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Revista Española de Salud Pública*, 80(6), 697-704.
- Weyland, K. (1995). Social movements and the State: The Politics of health reform in Brazil. *World Development*, 23(10), 1699-1712.

## **Bibliographie**

- Aakko, E. (2004). Risk communication, risk perception, and public health. *Wisconsin Medical Journal*, 103(1), 25-27.
- Abelson, J. (2001). Understanding the role of contextual influences on local health-care decision making: case study results from Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 53(6), 777-793.
- Abelson, J., & Eyles, J. (2002). *Public Participation and Citizen Governance in the Canadian Health System* (No. 7). Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Abelson, J., Forest, P. G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E., & Gauvin, F. P. (2003). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social Science & Medicine*, 57(2), 239-251.
- Abelson, J., Forest, P.-G., Eyles, J., Casebeer, A., Martin, E., & Mackean, G. (2007). Examining the role of context in the implementation of a deliberative public participation experiment: Results from a Canadian comparative study. *Social Science & Medicine*, 64(10), 2115-2128.
- Abma, T. A. (2001). Opening Thoughts. *Evaluation*, 7(2), 155-163.
- Abma, T. A. (2001). Reflexive Dialogues: A Story about the Development of Injury Prevention in Two Performing-Arts Schools. *Evaluation*, 7(2), 238-252.
- Abma, T. A. (2007). Situated Learning in Communities of Practice: Evaluation of Coercion in Psychiatry as a Case. *Evaluation*, 13(1), 32-47.
- Abma, T. A., Greene, J., Karlsson, O., Ryan, K. E., Schwandt, T. A., & Widdershoven, G. A. M. (2001). Dialogue on Dialogue. *Evaluation*, 7(2), 164-180.
- Abma, T. A., & Widdershoven, G. A. M. (2008). Evaluation and/as Social Relation. *Evaluation*, 14(2), 209-225.
- Adler, E. (1992). The Emergence of Cooperation: National Epistemic Communities and the International Evolution of the Idea of Nuclear Arms Control. *International Organization*, 46(1), 101-145.
- Adler, E., & Haas, P. M. (1992). Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program. *International Organization*, 46(1), 367-390.
- Adler, P. S. (2001). Market, Hierarchy, and Trust: The Knowledge Economy and the Future of Capitalism. *Organization Science*, 12(2), 215-234.
- Aguinis, H. (1993). Action Research and Scientific Method: Presumed Discrepancies and Actual Similarities. *Journal of Applied Behavioral Science*, 29(4), 416-431.
- Ainsworth, S. (1998). Community health councils. Voices of dissent. *Health Service Journal*, 108(5618), 23.

- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988). À quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode : L'art de choisir les bons porte-parole. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 12, 14-29.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988). À quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : L'art de l'intéressement. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 11, 4-17.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris: Presses de l'Ecole des Mines.
- Alexandre, V. (2003). *Éléments de praxéologie. Contribution à une science des actes*. Paris-Montréal: L'Harmattan.
- Alkin, M. C., & Taut, S. M. (2002). Unbundling evaluation use. *Studies In Educational Evaluation*, 29(1), 1-12.
- Allard-Poesi, F. (2005). The Paradox of Sensemaking in Organizational Analysis. *Organization*, 12(2), 169-196.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., & Livan, y. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Du seuil.
- Amo, C., & Cousins, J. B. (2007). Going through the process: An examination of the operationalization of process use in empirical research on evaluation. *New Directions for Evaluation*, 2007(116), 5-26.
- Anderson, R. A., Crabtree, B. F., Steele, D. J., & McDaniel, R. R., Jr. (2005). Case Study Research: The View From Complexity Science. *Qualitative Health Research*, 15(5), 669-685.
- Andrews, A. B., Motes, P. S., Flerx, V. C., Lopez-De Fede, A., & Floyd, A. G. (2006). Building Evaluation Capacity in Community-Based Organizations Reflections of an Empowerment Evaluation Team. *Journal of Community Practice*, 13, 85-104.
- Anell, A. (1996). The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. *Health Policy*, 37(1), 19-33.
- Araujo Junior, J. L. (1997). Attempts to decentralize in recent Brazilian health policy: issues and problems, 1988-1994. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 27(1), 109-124.
- Arévalo, D. A. (2004). Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Revista de Salud Pública*, 6(2), 107-107.
- Argyris, C. (1990). *Overcoming Organizational Defenses. Facilitating organizational learning*. Boston: Allyn and Bacon.
- Argyris, C., & Schön, D. (1978). *Organizational Learning: a Theory of Action Perspective*. Reading, Mass: Addison Wesley.
- Argyris, C., & Schön, D. (1996). *Organizational Learning II: Theory, method and practice*. Reading, Mass: Addison Wesley.

- Avard, D., Grégoire, G., Coly, B., Bucci, L. M., & Farmer, Y. (2008). La participation du public dans la santé publique : l'implication des communautés culturelles dans le dépistage des maladies héréditaires. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 231-242.
- Barcelo-Aparicio, M. L., Martinez Reche, E., Sanchez Moreno, A., Sanchez Estevez, V., Canovas, J., & Marset, P. (1992). Los Consejos de Salud: balance de un año de funcionamiento. *Atencion Primaria*, 9(2), 73-78.
- Barker, M., & Klopper, H. (2007). Community participation in primary health care projects of the Muldersdrift Health and Development Programme. *Curationis*, 30(2), 36-47.
- Barnes, M. (1999). Users as Citizens: Collective Action and the Local Governance of Welfare. *Social Policy & Administration*, 33(1), 73-90.
- Barnes, M., Matka, E., & Sullivan, H. (2003). Evidence, Understanding and Complexity: Evaluation in Non-Linear Systems. *Evaluation*, 9(3), 265-284.
- Barnes, M., Newman, J., & Sullivan, H. (2004). Power, Participation, and Political Renewal: Theoretical Perspectives on Public Participation under New Labour in Britain. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 11(2), 267-279.
- Barnes, M., Newman, J., & Sullivan, H. (2006). Discursive Arenas: Deliberation and the Constitution of Identity in Public Participation at a Local Level. *Social Movement Studies*, 5, 193-207.
- Bartunek, J. M. (1993). Scholarly Dialogues and Participatory Action Research. *Human Relations*, 46(10), 1221-1233.
- Baum, F. (2002). *The New Public Health: An Australian Perspective*. Melbourne: Oxford University Press.
- Baum, F., Sanderson, C., & Jolley, G. (1997). Community participation in action: an analysis of the South Australian Health and Social Welfare Councils. *Health Promotion International*, 12(2), 125-134.
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2000). Reinvigorating public health. *The Lancet*, 356(9232), 787-788.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, O., & McKee, M. (2004). Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet*, 363(9426), 2084-2086.
- Beaglehole, R., & McMichael, A. (1999). The Future of Public Health in a Changing Global Context. *Development*, 42, 12-16.
- Beck, U. (1986). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.
- Beck, U. (1992). *Risk society : towards a new modernity*. London: Sage Publications.



- Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.
- Beech, N., Burns, H., de Caestecker, L., MacIntosh, R., & MacLean, D. (2004). Paradox as invitation to act in problematic change situations. *Human Relations*, 57(10), 1313-1332.
- Belfiore, E. (2004). *The Methodological Challenge of Cross-National Research: comparing cultural policy in Britain and Italy*. Warwick: Centre for Cultural Policy Studies.
- Bernoux, P. (2002). Le changement dans les organisations : entre structures et interactions. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 57(1), 77-99.
- Bettcher, D., & Lee, K. (2002). Globalisation and public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(1), 8-17.
- Bianchi, P. V., & Miller, L. M. (1996). Innovation and collective action: The dynamics of change. *Structural Change and Economic Dynamics*, 7(2), 193-206.
- Bichmann, W., Rifkin, S. B., & Shrestha, M. (1989). Towards the measurement of community participation. *World Health Forum*, 10(3-4), 467-472.
- Billett, S. (2004). Workplace participatory practices: Conceptualising workplaces as learning environments *Journal of Workplace Learning* 16(6), 312-324.
- Bilodeau, A., Allard, D., Francoeur, D., & Chabot, P. (2004). L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 50-65.
- Bispo-Junior, J. P., & Sampaio, J. J. (2008). Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Pan American journal of Public Health*, 23(6), 403-409.
- Bjaras, G., Haglund, B. J. A., & Rifkin, S. B. (1991). A new approach to community participation assessment. *Health Promotion International*, 6(3), 199-206.
- Bloodgood, J. M., & Morrow, J. L. (2003). Strategic Organizational Change: Exploring the Roles of Environmental Structure, Internal Conscious Awareness and Knowledge\*. *Journal of Management Studies*, 40(7), 1761-1782.
- Bouchikhi, H. (1998). Living with and Building on Complexity: A Constructivist Perspective on Organizations. *Organization*, 5(2), 217-232.
- Boutilier, M., Mason, R., & Rootman, I. (1997). Community action and reflective practice in health promotion research. *Health Promotion International*, 12(1), 69-78.
- Bouzada-Fernández, X. M. (2003 ). Cultura, actores y desarrollo en contextos comunitarios locales. *Papers: revista de sociología*, 71, 131-170.

- Boyatzis, R. E. (2006). An overview of intentional change from a complexity perspective. *Journal of Management Development*, 25(7), 607-623.
- Bréchet, J.-P., & Schieb-Bienfait, N. (2009). *Logique d'action et projet dans l'action collective. Réflexions théoriques comparées*. Lebna: Université de Nantes.
- Briceno-Leon, R. (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saude Publica*, 12(1), 7-30.
- Briceno-Leon, R. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saude Publica*, 14, S141-S147.
- Brislin, R. W. (1977). Ethical Issues Influencing the Acceptance and Rejection of Cross-Cultural Researchers Who Visit Various Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 285(1), 185-202.
- Brisolara, S. (1998). The history of participatory evaluation and current debates in the field. *New Directions for Evaluation*, 80, 25-41.
- Brittain, I., Taylor, B., & Tyler, S. (2002). Public involvement. Contributory factors. *The Health service journal*, 112(5803), 30-31.
- Bronfman, M., & Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cadernos de Saude Publica*, 10(1), 111-122.
- Brousselle, A. (2004). What Counts is not Falling... but Landing: Strategic Analysis: An Adapted Model for Implementation Evaluation. *Evaluation*, 10(2), 155-173.
- Brousselle, A., & Champagne, F. (2004). How was the UNAIDS drug access initiative implemented in Chile? *Evaluation and Program Planning*, 27(3), 295-308.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (Eds.). (2009). *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Browman, G. P., Snider, A., & Ellis, P. (2003). Negotiating for change. The healthcare manager as catalyst for evidence-based practice: changing the healthcare environment and sharing experience. *Healthcare Papers*, 3(3), 10-22.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (2001). Knowledge and Organization: A Social-Practice Perspective. *Organization Science*, 12(2), 198-213.
- Burke, B. (1998). Evaluating for a change: Reflections on participatory methodology. *New Directions for Evaluation*, 80, 43-56.
- Butterfoss, F. D. (2006). Process Evaluation for Community Participation. *Annual Review of Public Health*, 27(1), 323-340.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique*, 36, 169-208.

- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris: Éditions du Seuil.
- Callon, M., & Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Prospective et Santé*, 36, 13-25.
- Callon, M., & Rabeharisoa, V. (2003). Research "in the wild" and the shaping of new social identities. *Technology in Society*, 25(2), 193-204.
- Campbell, C., & McLean, C. (2002). Ethnic identities, social capital and health inequalities: factors shaping African-Caribbean participation in local community networks in the UK. *Social Science & Medicine*, 55(4), 643-657.
- Campbell-Hunt, C. (2007). Complexity in practice. *Human Relations*, 60(5), 793-823.
- Capwell, E. M., Butterfoss, F., & Francisco, V. T. (2000). Why Evaluate? *Health Promotion Practice*, 1(1), 15-20.
- Carmel, E. (1999). Concepts, context and discourse in a comparative case study. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 141-150.
- Carney, M. G. (1987). The Strategy and Structure of Collective Action. *Organization Studies*, 8(4), 341-362.
- Caron, A. (1993). Les exigences éthiques d'une recherche en partenariat. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, 9(68-75).
- Carter, S. M., & Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328.
- Carvalho, I. A. (1998). Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(1), 23-25.
- Cassell, C., & Johnson, P. (2006). Action research: Explaining the diversity. *Human Relations*, 59(6), 783-814.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 251-272). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2009). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (pp. 35-56). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2009). Modéliser les interventions. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (pp. 57-70). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2009). L'évaluation dans la domaine de la santé: concepts et méthodes. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (pp. 35-56). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chanal, V. (2000). Communautés de pratique et management par projet : A propos de l'ouvrage de Wenger (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. *M@n@gement*, 3(1), 1-30.
- Chavis, D. M. (2001). The Paradoxes and Promise of Community Coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 29, 309-320.
- Chen, H. T. (2005). *Practical Program Evaluation. Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness* Sage Publications: Thousand Oaks.
- Chesney, J. D. (1984). Citizen participation on regulatory boards. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 9(1), 125-135.
- Child, J. (1972). Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice. *Sociology*, 6(1), 1-22.
- Child, J. (1997). Strategic Choice in the Analysis of Action, Structure, Organizations and Environment: Retrospect and Prospect. *Organization Studies*, 18(1), 43-76.
- Chinitz, D. (2000). Regulated competition and citizen participation: lessons from Israel. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 3(2), 90-96.
- Chisholm, R. F., & Elden, M. (1993). Features of Emerging Action Research. *Human Relations*, 46(2), 275-298.
- Church, K. (1996). Beyond "bad manners": the power relations of "consumer participation" in Ontario's community mental health system. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15(2), 27-44.
- Chwe, M. S. (1999). Structure and Strategy in Collective Action. *American Journal of Sociology*, 105(1), 128-156.
- Coelho, V. S. P., de Andrade, I. A. L., & Montoya, M. C. (2002). Deliberative Fora and the Democratisation of Social Policies in Brazil. *IDS Bulletin*, 33, 65-73.
- Collins, C., & Green, A. (1994). Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 24(3), 459-475.
- Connelly, J. B. (2007). Evaluating complex public health interventions: theory, methods and scope of realist enquiry. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(6), 935-941.

- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(6), 517-539.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(2), 4-31.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses Universitaires de Montréal.
- Contandriopoulos, D. (2004). A sociological perspective on public participation in health care. *Social Science & Medicine*, 58(2), 321-330.
- Contandriopoulos, D., Denis, J.-L., & Langley, A. (2004). Defining the 'public' in a public healthcare system. *Human Relations*, 57(12), 1573-1596.
- Contandriopoulos, D., Denis, J.-L., Langley, A., & Valette, A. (2004). Governance Structures and Political Processes in a Public System: Lessons from Quebec. *Public Administration*, 82(3), 627-655.
- Cook, S. D. N., & Yanow, D. (1993). Culture and Organizational Learning. *Journal of Management Inquiry*, 2(4), 373-390.
- Cooke, B., & Kothari, U. (2002). *Participation: The New Tyranny?* London: Zed Books.
- Correia, M. V. C. (2005). *Desafios para o Controle Social: Subsídios Para Capacitação de Conselheiros de Saude*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Costongs, C., & Springett, J. (1997). Towards a Framework for the Evaluation of Health-related Policies in Cities. *Evaluation*, 3(3), 345-362.
- Cousins, J. B., & Whitmore, E. (1998). Framing participatory evaluation. *New Directions for Evaluation*, 80, 5-23.
- Crishna, B. (2007). Participatory evaluation (I) - sharing lessons from fieldwork in Asia. *Child: Care, Health and Development*, 33, 217-223.
- Crishna, B. (2007). Participatory evaluation (II) - translating concepts of reliability and validity in fieldwork. *Child: Care, Health and Development*, 33, 224-229.
- Crossan, M. M., & Berdrow, I. (2003). Organizational learning and strategic renewal. *Strategic Management Journal*, 24(11), 1087-1105.
- Crozier, M. (2000). *A quoi sert la sociologie des organisations ? Tome 1 : Théorie, culture et société*. Paris: Seli Arslan.
- Crozier, M. (2000). *A quoi sert la sociologie des organisations ? Tome 2 : Vers un nouveau raisonnement pour l'action*. Paris: Seli Arslan.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.

- Cullen, J. (1999). Socially constructed learning: a commentary on the concept of the learning organisation. *The Learning Organization*, 6(1), 45-52.
- da Cunha Gastal, C. L., & Gutfreind, C. (2007). Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. *Cadernos de Saude Publica*, 23(8), 1835-1844.
- da Silva, I. F., & Labra, M. E. (2001). As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saude Publica*, 17, 161-170.
- da Silva, M. A., & Lana, F. C. (2004). Como os enfermeiros percebem a sua atuação nos conselhos de saúde? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(1), 26-30.
- Dagnino, E. (2004). ¿Sociedad civil, participación e ciudadanía: de que estamos hablando? In D. Mato (Ed.), *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización* (pp. 95-110). Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela.
- David, M. (2002). Problems of participation: the limits of action research. *International Journal of Social Research Methodology*, 5, 11-17.
- Dean, S. C., Harper, C. E., Cappuccio, F. P., Rink, E., Dirckx, C., Arnout, J., et al. (2005). The challenges of cross-national research in primary health care across Europe. *Family Practice*, 22(3), 341-346.
- Dehler, G. E., & Edmonds, R. K. (2006). Using Action Research to Connect Practice to Learning: A Course Project for Working Management Students. *Journal of Management Education*, 30(5), 636-669.
- Denis, J. L., Langley, A., & Lozeau, D. (1995). The role and impact of formal strategic planning in public hospitals. *Health Services Management Research*, 8(2), 86-112.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-112). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Dias, M. R. (2004). Da Capilaridade do Sistema Representativo: em busca da legitimidade nas democracias contemporâneas. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 4(2), 235-256.
- Dickens, L., & Watkins, K. (1999). Action Research: Rethinking Lewin. *Management Learning*, 30(2), 127-140.
- Diez, M. A. (2001). The Evaluation of Regional Innovation and Cluster Policies: Towards a Participatory Approach. *European Planning Studies*, 9(7), 907-923.

- Diez, M. A. (2002). Evaluating New Regional Policies: Reviewing the Theory and Practice. *Evaluation*, 8(3), 285-305.
- Diez, M. A., Malagón, E., & Izquierdo, B. (2005). *Using evaluation for collective learning and improving regional policies: a case study in the Basque Country*. Paper presented at the International Conference: Regional Growth Agendas., from <http://www.regional-studies-assoc.ac.uk/events/aalborg05/diez.pdf>
- Drake, W. J., & Nicolaidis, K. (1992). Ideas, Interests, and Institutionalization: "Trade in Services" and the Uruguay Round. *International Organization*, 46(1), 37-100.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Dubé, L., Bourhis, A., & Jacob, R. (2005). The impact of structuring characteristics on the launching of virtual communities of practice. *Journal of Organizational Change Management*, 18(2), 145-166.
- Easterby-Smith, M., Crossan, M., & Nicolini, D. (2000). Organizational Learning: Debates Past, Present And Future. *Journal of Management Studies*, 37(6), 783-796.
- Edelenbos, J., & Van Eeten, M. (2001). The Missing Link: Processing Variation in Dialogical Evaluation. *Evaluation*, 7(2), 204-210.
- El Ansari, W., & Phillips, C. J. (2001). Partnerships, community participation and intersectoral collaboration in South Africa. *Journal of Interprofesional Care*, 15(2), 119-132.
- El Ansari, W., Phillips, C. J., & Zwi, A. B. (2002). Narrowing the gap between academic professional wisdom and community lay knowledge: perceptions from partnerships. *Public Health*, 116(3), 151-159.
- Elden, M., & Chisholm, R. F. (1993). Emerging Varieties of Action Research: Introduction to the Special Issue. *Human Relations*, 46(2), 121-142.
- Eliasoph, H., Monaghan, B., Beaudoin, R., Cushman, R., DuBois-Wing, G., Emery, M. J., et al. (2007). "We are all in this together": integrated health service plans in Ontario. *Healthcare Quarterly*, 10(3), 82-87.
- Elkjaer, B. (2004). Organizational Learning: The 'Third Way'. *Management Learning*, 35(4), 419-434.
- Emanuel, E. J., & Titlow, K. (2002). Evaluating community-based health initiatives: identifying the characteristics of successful initiatives and evaluations. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 27(1), 105-108.
- Espedal, B. (2006). Do Organizational Routines Change as Experience Changes? *Journal of Applied Behavioral Science*, 42(4), 468-490.

- Eyre, R., & Gauld, R. (2003). Community participation in a rural community health trust: the case of Lawrence, New Zealand. *Health Promotion International, 18*(3), 189-197.
- Farro, A. L. (2004). Actors, Conflicts and the Globalization Movement. *Current Sociology, 52*(4), 633-647.
- Fassin, D. (2001). La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. In B. Hours (Ed.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'Anthropologie* (pp. 24-40). Paris: Les Éditions Karthala.
- Feldman, M. S. (2004). Resources in Emerging Structures and Processes of Change. *Organization Science, 15*(3), 295-309.
- Floc'hlay, B., & Plottu, E. (1998). Democratic Evaluation: From Empowerment Evaluation to Public Decision-Making. *Evaluation, 4*(3), 261-277.
- Forss, K., Kruse, S.-E., Taut, S., & Tenden, E. (2006). Chasing a Ghost?: An Essay on Participatory Evaluation and Capacity Development. *Evaluation, 12*(1), 128-144.
- Forss, K., Rebien, C. C., & Carlsson, J. (2002). Process Use of Evaluations: Types of Use that Precede Lessons Learned and Feedback. *Evaluation, 8*(1), 29-45.
- Foudriat, M. (2007). *Sociologie des organisations. 2e édition*. Paris: Pearson Education France.
- Frankish, C. J., Kwan, B., Ratner, P. A., Higgins, J. W., & Larsen, C. (2002). Challenges of citizen participation in regional health authorities. *Social Science & Medicine, 54*, 1471-1480.
- Frankish, C. J., Kwan, B., Ratner, P. A., Higgins, J. W., & Larsen, C. (2002). Social and political factors influencing the functioning of regional health boards in British Columbia (Canada). *Health Policy, 61*, 125-151.
- Frenk, J., & Gomez-Dantes, O. (2002). Globalization And The Challenges To Health Systems. *Health Affairs, 21*(3), 160-165.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Éditions du Seuil.
- Fuks, M. (2005). Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. *Revista de Sociologia e Política, 25*, 47-61.
- Fulk, J. (2001). Global Network Organizations: Emergence and Future Prospects. *Human Relations, 54*(1), 91-99.
- Gaminde, I. (1999). Priorities in healthcare: a perspective from Spain. *Health Policy, 50*(1-2), 55-70.
- Gannon-Leary, P., & Fontainha, E. (2007). Communities of Practice and virtual learning communities: benefits, barriers and success factors. *e-Learning Papers, 5*. Retrieved from [www.elearningpapers.eu](http://www.elearningpapers.eu)



- Garaway, G. B. (1995). Participatory evaluation. *Studies In Educational Evaluation, 21*(1), 85-102.
- Garfield, R. M., & Vermund, S. H. (1986). Health education and community participation in mass drug administration for malaria in Nicaragua. *Social Science & Medicine, 22*(8), 869-877.
- Gaventa, J., Creed, V., & Morrissey, J. (1998). Scaling up: Participatory monitoring and evaluation of a federal empowerment program. *New Directions for Evaluation, 80*, 81-94.
- Genovich-Richards, J., & Wyzkiewicz, J. V. (2002). Consumers: from perceptions to participation. *The Journal for Healthcare Quality, 24*(6), 39-41, 53.
- Gerschman, S. (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saude Publica, 20*, 1670-1681.
- Geva-May, I., & Thorngate, W. (2003). Reducing Anxiety and Resistance in Policy and Programme Evaluations: A Socio-Psychological Analysis. *Evaluation, 9*(2), 205-227.
- Gibbon, M., Labonte, R., & Laverack, G. (2002). Evaluating community capacity. *Health & Social Care in the Community, 10*(6), 485-491.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine, 56*, 1453-1468.
- Gold, S. K., Abelson, J., & Charles, C. A. (2005). From rhetoric to reality: including patient voices in supportive cancer care planning. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy, 8*(3), 195-209.
- Goven, J. (2006). Processes of Inclusion, Cultures of Calculation, Structures of Power: Scientific Citizenship and the Royal Commission on Genetic Modification. *Science Technology Human Values, 31*(5), 565-598.
- Graham, K., & Bois, C. (1997). The complexity of roles in community action projects: The example of the evaluation of 'Alternatives'. *Evaluation and Program Planning, 20*(4), 433-442.
- Greene, J. (2001). Dialogue in Evaluation: A Relational Perspective. *Evaluation, 7*(2), 181-187.
- Greene, J. G. (1988). Stakeholder Participation and Utilization in Program Evaluation. *Evaluation Review, 12*(2), 91-116.
- Greenwood, D. J., Whyte, W. F., & Harkavy, I. (1993). Participatory Action Research as a Process and as a Goal. *Human Relations, 46*(2), 175-192.

- Gregory, A. (2000). Problematizing Participation: A Critical Review of Approaches to Participation in Evaluation Theory. *Evaluation*, 6(2), 179-199.
- Guareschi, P. A., & Jovchelovitch, S. (2004). Participation, Health and the Development of Community Resources in Southern Brazil. *Journal of Health Psychology*, 9(2), 311-322.
- Guillaume, O. (2008). *Le sens organisationnel. Le cas des démarches de qualité*. Paris: L'Harmattan.
- Guizardi, F. L., & Pinheiro, R. (2006). Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 797-805.
- Guizardi, F. L., Pinheiro, R., Mattos, R. A. d., Santana, A. D., Matta, G. d., & Gomes, M. C. P. A. (2004). Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14, 15-39.
- Haas, P. M. (1992). Banning Chlorofluorocarbons: Epistemic Community Efforts to Protect Stratospheric Ozone. *International Organization*, 46(1), 187-224.
- Haas, P. M. (1992). Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46(1), 1-35.
- Hamel, J. (1997). *Étude de cas et sciences sociales*. Montréal: Harmattan Inc.
- Hantrais, L. (1999). Contextualization in cross-national comparative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 93-108.
- Hantrais, L., & Letablier, M.-T. (1998). La démarche comparative et les comparaisons franco-britanniques. *Revue de l'IRES*, 28, 145-163.
- Harzheim, E., & Álvarez-Dardet, C. (2001). Armadilha das pirâmides. *Cadernos de Saude Publica*, 17, 1009-1015.
- Hausman, A. J., Brawer, R., Becker, J., Foster-Drain, R., Sudler, C., Wilcox, R., et al. (2005). The value template process: a participatory evaluation method for community health partnerships. *Journal of Public Health Management and Practice*, 11(1), 65-71.
- Hendry, J., & Seidl, D. (2003). The Structure and Significance of Strategic Episodes: Social Systems Theory and the Routine Practices of Strategic Change. *Journal of Management Studies*, 40(1), 175-196.
- Herman, J. L., Morris, L. L., & Fitz-Gibbon, C. T. (1987). *Evaluator's handbook*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hodgkinson, G. P., & Clarke, I. (2007). Conceptual note: Exploring the cognitive significance of organizational strategizing: A dual-process framework and research agenda. *Human Relations*, 60(1), 243-255.

- Hogg, C. N. (2007). Patient and public involvement: what next for the NHS? *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 10(2), 129-138.
- Hong, J., & Fiona, K. (2009). Conflicting Identities and Power Between Communities of Practice: The Case of IT Outsourcing. *Management Learning*, 40(3), 311-326.
- Hosking, D. M. (1999). Social construction as process: some new possibilities for research and development. *Concepts & Transformation*, 4(2), 117-132.
- Jaccoud, M., & Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 211-250). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Jacobi, P. R. (2002). Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 443-454.
- Jacobs, B., & Price, N. (2003). Community participation in externally funded health projects: lessons from Cambodia. *Health Policy and Planning*, 18(4), 399-410.
- Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5-27.
- Jarzabkowski, P., & Seidl, D. (2008). The Role of Meetings in the Social Practice of Strategy. *Organization Studies*, 29(11), 1391-1426.
- Kaithathara, S. (1981). Community participation in primary health care. *Social Action*, 32(3), 351-357.
- Kalliola, S., Nakary, R., & Pesonen, I. (2006). Learning to make changes: democratic dialogue in action. *Journal of Workplace Learning* 18(7/8), 464-477.
- Karlsson, O. (2001). Critical Dialogue: Its Value and Meaning. *Evaluation*, 7(2), 211-227.
- Keast, R., & Waterhouse, J. (2006). Participatory evaluation: a missing component in the sustainable social change equation for public services. *Strategic Change*, 15(1), 23-35.
- Kelly, K., & Van Vlaenderen, H. (1995). Evaluating participation processes in community development. *Evaluation and Program Planning*, 18(4), 371-383.
- Kelly, K., & Van Vlaenderen, H. (1996). Dynamics of participation in a community health project. *Social Science & Medicine*, 42(9), 1235-1246.
- Kelly, S. E. (2003). Public bioethics and publics: consensus, boundaries, and participation in biomedical science policy. *Science, Technology & Human Values*, 28(2), 339-364.

- Kerr, A., Cunningham-Burley, S., & Tutton, R. (2007). Shifting Subject Positions: Experts and Lay People in Public Dialogue. *Social Studies of Science*, 37(3), 385-411.
- Khan, M. A. (1998). Evaluation Capacity Building: An Overview of Current Status, Issues and Options. *Evaluation*, 4(3), 310-328.
- Kickbusch, I. (1999). Global + local = glocal public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(8), 451-452.
- Kickbusch, I. (2000). The development of international health policies - accountability intact? *Social Science & Medicine*, 51(6), 979-989.
- Kickbusch, I. (2005). Action on global health: Addressing global health governance challenges. *Public Health*, 119(11), 969-973.
- Kickbusch, I., & de Leeuw, E. (1999). Global public health: revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*, 14(4), 285-288.
- King, J. A. (1998). Making sense of participatory evaluation practice. *New Directions for Evaluation*, 80, 57-67.
- Kirkhart, K. E. (2000). Reconceptualizing evaluation use: An integrated theory of influence. *New Directions for Evaluation*, 88, 5-23.
- Kollock, P. (1998). Social Dilemmas: The Anatomy of Cooperation. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 183-214.
- Koseki, L. K., & Hayakawa, J. M. (1979). Consumer participation and community organization practice: implications of national health legislation. *Medical Care*, 17(3), 244-254.
- Kuhn, T. (2002). Negotiating Boundaries between Scholars and Practitioners: Knowledge, Networks, and Communities of Practice. *Management Communication Quarterly*, 16(1), 106-112.
- Labonte, R. (1994). Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Education & Behavior*, 21(2), 253-268.
- Labra, M. E. (2002). Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? *Cadernos de Saude Publica*, 18, S47-S55.
- Labra, M. E. (2006). Conselhos de Saúde. Visões “macro” e “micro”. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 199-221.
- Labra, M. E., & Figueiredo, J. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 537-547.
- Lane, M. B. (2003). Participation, Decentralization, and Civil Society: Indigenous Rights and Democracy in Environmental Planning. *Journal of Planning Education and Research*, 22(4), 360-373.

- Lantz, P. M., Viruell-Fuentes, E., Israel, B. A., Softley, D., & Guzman, R. (2001). Can Communities and Academia Work Together on Public Health Research? Evaluation Results From a Community-Based Participatory Research Partnership in Detroit. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78, 495-507.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-390). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Laurin, N. (1999). Le démantèlement des institutions intermédiaires de la régulation sociale. Vers une nouvelle forme de domination. *Sociologie et sociétés*, XXXI(2), 65-72.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Laverack, G. (2006). Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. *Community Development Journal*, 41(3), 266-276.
- Lawrenz, F., & Huffman, D. (2003). How Can Multi-Site Evaluations be Participatory? *The American Journal of Evaluation*, 24(4), 471-482.
- Lee, K. (1998). Shaping the future of global health cooperation: where can we go from here? *The Lancet*, 351, 899-902.
- Lee, K. (2000). For debate. The impact of globalization on public health: implications for the UK Faculty of Public Health Medicine. *Journal of Public Health Medicine*, 22(3), 253-262.
- Lee, K., Buse, K., & Bustukian, S. (2002). *Health Policy in a Globalizing World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice. (3rd ed.)*. New York: McGraw-Hill Professional Publishing.
- Lennie, J. (2005). An Evaluation Capacity-Building Process for Sustainable Community IT Initiatives: Empowering and Disempowering Impacts. *Evaluation*, 11(4), 390-414.
- Levin-Rozalis, M., & Rosenstein, B. (2005). The Changing Role of the Evaluator in the Process of Organizational Learning. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 20(1), 81-104.
- Lhotellier, A. (1995). Action, praxéologie et auto-formation. *Education Permanente, Mai* (122), 233-242.
- Lick, D. W. (2006). A new perspective on organizational learning: Creating learning teams. *Evaluation and Program Planning*, 29(1), 88-96.

- Limerick, D., Passfield, R., & Cunnington, B. (1994). Transformational Change: Towards an Action Learning Organization. *The Learning Organization: An International Journal*, 1, 29-40.
- Lindsey, E., Stajduhar, K., & McGuinness, L. (2001). Examining the process of community development. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 828-835.
- Lines, R. (2005). How social accounts and participation during change affect organizational learning. *Journal of Workplace Learning*, 17(3), 157-177.
- Lion, C., & Martini, P. (2006). The evaluation of a Complex Social Program: Lessons learned from the experience of the European Social Fund. *Evaluation and Program Planning*, 29(1), 1-9.
- Livingstone, S. (2003). On the Challenges of Cross-National Comparative Media Research. *European Journal of Communication*, 18(4), 477-500.
- Lopes, M. L., & Almeida, M. L. (2001). Conselhos locais de Saúde em Londrina (PR): realidade e desafios. *Saude em Debate*, 25(57), 29-39.
- Love, A. (2004). Implementation Evaluation. In J. S. Wholey (Ed.), *Handbook of Practical Programme Evaluation* (pp. 63-97). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lukas, C. V., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., et al. (2007). Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health Care Management Review*, 32(4), 309-320.
- Maciel Filho, R., & Araújo Jr, J. L. C. d. (2002). Discussing community participation in health: an approach from the Brazilian experience. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2, 91-103.
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55(1), 125-139.
- MacKian, S., Elliott, H., Busby, H., & Popay, J. (2003). 'Everywhere and nowhere': locating and understanding the 'new' public health. *Health & Place*, 9(3), 219-229.
- Macri, D. M., Tagliaventi, M. R., & Bertolotti, F. (2002). A grounded theory for resistance to change in a small organization. *Journal of Organizational Change Management*, 15, 292-310.
- Mangen, S. (1999). Qualitative research methods in cross-national settings. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 109-124.
- Mark, M. M., & Henry, G. T. (2004). The Mechanisms and Outcomes of Evaluation Influence. *Evaluation*, 10(1), 35-57.
- Marra, M. (2000). How Much Does Evaluation Matter?: Some Examples of the Utilization of the Evaluation of the World Bank's Anti-Corruption Activities. *Evaluation*, 6(1), 22-36.
- Marshall, A., & Batten, S. (2004). Researching Across Cultures: Issues of Ethics and Power *Forum: Qualitative Social Research*, 5(3),

- Martin, G. P. (2008). 'Ordinary people only': knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare. *Sociology of Health and Illness*, 30(1), 35-54.
- Martin-Garcia, M., Ponte-Mittelbrun, C., & Sanchez-Bayle, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 20 Suppl 1, 192-202.
- Martins, P. C., Cotta, R. M. M., Mendes, F. F., Franceschini, S. d. C. C., Priore, S. E., Dias, G., et al. (2008). Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18, 105-121.
- Martuccelli, D. (1999). *Sociologies de la modernité. L'itinéraire du XX<sup>e</sup> siècle*. Saint-Amand: Éditions Gallimard.
- Mason, P., & Barnes, M. (2007). Constructing Theories of Change: Methods and Sources. *Evaluation*, 13(2), 151-170.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée
- Maurice, M. (1989). Méthode comparative et analyse sociétale. Les implications théoriques des comparaisons internationales. *Sociologie du travail*, 2, 175-191.
- Maurice, M., Sellier, F., & Silvestre, J.-J. (1992). Analyse sociétale et cultures nationales. Réponse à Philippe d'Iribarne. *Revue française de sociologie*, 33, 75-86.
- May, C. R., Mair, F. S., Dowrick, C. F., & Finch, T. L. (2007). Process evaluation for complex interventions in primary care: understanding trials using the normalization process model. *BMC Family Practice*, 8, 42.
- McIntyre, A., Chatzopoulos, N., Politi, A., & Roz, J. (2007). Participatory action research: Collective reflections on gender, culture, and language. *Teaching and Teacher Education*, 23(5), 748-756.
- McKee, M., Gilmore, A. B., & Schwalbe, N. (2005). International cooperation and health. Part I: issues and concepts. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(8), 628-631.
- McKee, M., Gilmore, A. B., & Schwalbe, N. (2005). International cooperation and health. Part II: making a difference. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(9), 737-739.
- McKie, L. (2003). Rhetorical Spaces: Participation and Pragmatism in the Evaluation of Community Health Work. *Evaluation*, 9(3), 307-324.
- McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (1999). Logic models: a tool for telling your programs performance story. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), 65-72.
- McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (2004). Using Logic Models. In J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of Practical Program Evaluation* (pp. 7-32). San Francisco: Jossey Bass.

- McMichael, A. J., & Beaglehole, R. (2000). The changing global context of public health. *The Lancet*, 356, 495-499.
- Mehta, M. D. (1998). Risk and decision-making: a theoretical approach to public participation in technoscientific conflict situations. *Technology in Society*, 20, 87-98.
- Melucci, A., & Avritzer, L. (2000). Complexity, cultural pluralism and democracy: collective action in the public space. *Social Science Information*, 39(4), 507-527.
- Mercadante, O. A., Yunes, J., & Chorny, A. H. (1994). Descentralización y municipalización de los servicios de salud en Sao Paulo, Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 116(5), 381-396.
- Milewa, T. (1997). Community participation and health care priorities: reflections on policy, theatre and reality in Britain. *Health Promotion International*, 12(2), 161-168.
- Milewa, T., Valentine, J., & Calnan, M. (1998). Managerialism and active citizenship in Britain's reformed health service: power and community in an era of decentralisation. *Social Science & Medicine*, 47(4), 507-517.
- Miller, H. T., & Fox, C. J. (2001). The Epistemic Community. *Administration Society*, 32(6), 668-685.
- Mohan, G., & Stokke, K. (2000). Participatory development and empowerment: the dangers of localism. *Third World Quarterly*, 21(2), 247-268.
- Molnar, C. (2001). Addressing challenges, creating opportunities: fostering consumer participation in Medicaid and Children's Health Insurance managed care Programs. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 24(3), 61-67.
- Moreira, M. R., & Escorel, S. (2009). Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 795-806.
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research, Second Edition*. London: Sage Publications.
- Morgan, L. M. (2001). Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221-230.
- Morin, E. (1977). *La méthode. I. La Nature de la Nature*. (Vol. I). Paris: Éditions du Seuil.
- Morita, I., Guimarães, J. F. C., & Di Muzio, B. P. (2006). A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, 15, 49-57.
- Morone, J. A., & Kilbreth, E. H. (2003). Power to the People? Restoring Citizen Participation. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 28(2-3), 271-288.



- Mosquera, M., Zapata, Y., Lee, K., Arango, C., & Varela, A. (2001). Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Policy and Planning, 16 Suppl 2*, 52-60.
- Moulet, M. (1992). *Le management clandestin*. Paris: InterEditions.
- Müller, C. (2003). Knowledge between Globalization and Localization: The Dynamics of Female Spaces in Ghana. *Current Sociology, 51(3-4)*, 329-346.
- Murthy, R. K., & Klugman, B. (2004). Service accountability and community participation in the context of health sector reforms in Asia: implications for sexual and reproductive health services. *Health Policy and Planning, 19 Suppl 1*, i78-i86.
- Nakamura, Y., & Siregar, M. (1996). Qualitative assessment of community participation in health promotion activities. *World Health Forum, 17(4)*, 415-417.
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine, 52(3)*, 481-491.
- Naylor, P.-J., Wharf-Higgins, J., Blair, L., Green, L., & O'Connor, B. (2002). Evaluating the participatory process in a community-based heart health project. *Social Science & Medicine, 55(7)*, 1173-1187.
- Neuwelt, P., Crampton, P., Crengle, S., Dew, K., Dowell, A., Kearns, R., et al. (2005). Assessing and developing community participation in primary health care in Aotearoa New Zealand: a national study. *New Zealand Medical Journal, 118(1218)*, U1562.
- Nicolini, D., & Meznar, M. B. (1995). The Social Construction of Organizational Learning: Conceptual and Practical Issues in the Field. *Human Relations, 48(7)*, 727-746.
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science, 5(1)*, 14-37.
- Nonaka, I., & Toyama, R. (2003). The knowledge-creating theory revisited: knowledge creation as a synthesizing process. *Knowledge Management Research, 1*, 2-10.
- Nonaka, I., von Krogh, G., & Voelpel, S. (2006). Organizational Knowledge Creation Theory: Evolutionary Paths and Future Advances. *Organization Studies, 27(8)*, 1179-1208.
- North, N., & Werko, S. (2002). Widening the debate? Consultation and participation in local health care planning in the English and Swedish health services. *International journal of health services : planning, administration, evaluation, 32(4)*, 781-798.

- Olesen, T. (2005). Transnational Publics: New Spaces of Social Movement Activism and the Problem of Global Long-Sightedness. *Current Sociology*, 53(3), 419-440.
- Olico-Okui (2004). Community participation: An Abused concept? *Health Policy and Development*, 2(1), 7-10.
- Oliveira, T. D., Molesini, J. O., Gomes, I. F., & Teixeira, C. F. (1999). Conselhos municipais de saúde na Bahia: avaliação dos resultados da capacitação de conselheiros de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 1(4), 75-98.
- Oliveira, V. (2004). Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 13, 56-69.
- Oliver (2008). A multidimensional conceptual framework for analysing public involvement in health services research. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 11(1), 72-84.
- O'Neill, M. (1992). Community participation in Quebec's health system: a strategy to curtail community empowerment? *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 22(2), 287-301.
- Owen, J. M., & Lambert, F. C. (1995). Roles for Evaluation in Learning Organizations. *Evaluation*, 1(2), 237-250.
- Papineau, D., & Kiely, M. C. (1996). Participatory evaluation in a community organization: fostering stakeholder empowerment and utilization. *Evaluation and Program Planning*, 19, 79-93.
- Parazelli, M. (2004). Le renouvellement démocratique des pratiques d'intervention sociale. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 2-32.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text, 3rd edn.* Thousand Oaks, CA: Sage.
- Patton, M. Q. (1998). Discovering Process Use. *Evaluation*, 4(2), 225-233.
- Peck, E. (1998). Integrity, ambiguity or duplicity? NHS consultation with the public. *Health Services Management Research*, 11(4), 201-210.
- Peiro-Moreno, S., & Tarrazona-Hervas, V. (1992). Posibilidades de participación de las corporaciones locales en la gestión de servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 6(32), 225-228.
- Pellizzoni, L. (1999). Reflexive Modernization and Beyond: Knowledge and Value in the Politics of Environment and Technology. *Theory Culture Society*, 16(4), 99-125.
- Pessoto, U. C., Nascimento, P. R., & Heimann, L. S. (2001). A gestão semi-plena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saude Publica*, 17(1), 89-97.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk.* Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

- Piette, D. (1990). Community participation in formal decision-making mechanisms. *Health Promotion International*, 5(3), 187-197.
- Pinillos, M., & Antoñanzas, F. (2002). La Atención Primaria de Salud: descentralización y eficiencia. *Gaceta Sanitaria*, 16, 401-407.
- Pinto, C. R. J. (2004). Espaços deliberativos e a questão da representação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19, 97-113.
- Piron, F. (2000). Responsabilité pour autrui et savoir scientifique. *Éthique publique*, 2(2), 115-126.
- Plochg, T., Delnoij, D. M., Hoogedoorn, N. P., & Klazinga, N. S. (2006). Collaborating while competing? The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership. *BMC Health Service Research*, 6, 37.
- Plottu, B., & Plottu, E. (2009). Approaches to Participation in Evaluation: Some Conditions for Implementation. *Evaluation*, 15(3), 343-359.
- Pomey, M.-P., & Dubois, C. A. (2007). L'analyse comparative des systèmes de santé: réformes et enjeux. In M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (pp. 133-156). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, G. Lionel-Henri, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-210). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Preskill, H., & Boyle, S. (2008). A Multidisciplinary Model of Evaluation Capacity Building. *American Journal of Evaluation*, 29(4), 443-459.
- Preskill, H., & Caracelli, V. (1997). Current and Developing Conceptions of Use: Evaluation Use TIG Survey Results. *American Journal of Evaluation*, 18(1), 209-225.
- Preskill, H., & Torres, R. T. (1999). Building Capacity for Organizational Learning Through Evaluative Inquiry. *Evaluation*, 5(1), 42-60.
- Preskill, H., Zuckerman, B., & Matthews, B. (2003). An Exploratory Study of Process Use: Findings and Implications for Future Research. *American Journal of Evaluation*, 24(4), 423-442.
- Preskill, H. S., & Torres, R. T. (1999). Building Capacity for Organizational Learning Through Evaluative Inquiry. *Evaluation*, 5(1), 42-60.
- Price, D. (2000). Choices without reasons: citizens' juries and policy evaluation. *Journal of Medical Ethics*, 26(4), 272-276.

- Quaghebeur, K., Masschelein, J., & Nguyen, H. H. (2004). Paradox of participation: giving or taking part? *Journal of Community & Applied Social Psychology, 14*(3), 154-165.
- Quantz, D., & Thurston, W. E. (2006). Representation strategies in public participation in health policy: The Aboriginal Community Health Council. *Health Policy, 75*(3), 243-250.
- Quennell, P. (2001). Getting their say, or getting their way? Has participation strengthened the patient "voice" in the National Institute for Clinical Excellence? *Journal of Management in Medicine, 15*(3), 202-219.
- Ramiro, L. S., Castillo, F. A., Tan-Torres, T., Torres, C. E., Tayag, J. G., Talampas, R. G., et al. (2001). Community participation in local health boards in a decentralized setting: cases from the Philippines. *Health Policy and Planning, 16 Suppl 2*, 61-69.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). (2006). *Handbook of Action Research*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Rebien, C. C. (1996). Participatory Evaluation of Development Assistance: Dealing with Power and Facilitative Learning. *Evaluation, 2*(2), 151-171.
- Reboloso, E., Fernandez-Ramirez, B., & Canton, P. (2005). The Influence of Evaluation on Changing Management Systems in Educational Institutions. *Evaluation, 11*(4), 463-479.
- Reddy, K. S. (2002). Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. *Public Health Nutrition, 5*(1A), 231-237.
- Redmond, M. (2003). Cultural and ethical challenges in cross-national research: Reflections on a European Union study on child and youth migration. *International Journal of Qualitative Methods, 2*(4). Retrieved from [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2\\_4/pdf/redmond.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/redmond.pdf)
- Regnér, P. (2003). Strategy Creation in the Periphery: Inductive Versus Deductive Strategy Making. *Journal of Management Studies, 40*(1), 57-82.
- Regnér, P. (2008). Strategy-as-practice and dynamic capabilities: Steps towards a dynamic view of strategy. *Human Relations, 61*(4), 565-588.
- Reynaud, J.-D. (1989). *Les Règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin.
- Reynaud, J.-D. (1999). *Le conflit, la négociation et la règle. 2e édition augmentée*. Toulouse: Octarès Éditions.
- Richard, L., Breton, É., Lehoux, P., Martin, C., & Roy, D. (1999). La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique, 90*(2), 99-103.

- Ridde, V. (2007). Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? *Promotion & Education*, *XIV*(2).
- Ridde, V. (2008). Defying boundaries: globalization, bureaucracy and academic exchange. *Global Health Promotion*, *15*(1), 3-4.
- Rifkin, S. B. (1996). Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Tropica*, *61*(2), 79-92.
- Rifkin, S. B. (2001). Ten best readings on community participation and health. *African Health Sciences*, *1*(1), 42-45.
- Rifkin, S. B., Muller, F., & Bichmann, W. (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social Science & Medicine*, *26*(9), 931-940.
- Rist, S., Zimmermann, A., & Wiesmann, U. (2004). *From epistemic monoculture to cooperation between epistemic communities – lessons learnt from development research*. Paper presented at the International Conference “Bridging Epistemologies”. Millennium Assessment., from <http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/english/agenda21chapter35.htm>
- Ritchie, D., Parry, O., Gnich, W., & Platt, S. (2004). Issues of participation, ownership and empowerment in a community development programme: tackling smoking in a low-income area in Scotland. *Health Promotion International*, *19*(1), 51-59.
- Robinson, T. T., & Cousins, J. B. (2004). Internal participatory evaluation as an organizational learning system: A longitudinal case study. *Studies In Educational Evaluation*, *30*(1), 1-22.
- Rogers, P. J. (2008). Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation*, *14*(1), 29-48.
- Rosen, P. (2006). Public dialogue on healthcare prioritisation. *Health Policy*, *79*(1), 107-116.
- Rosenstein, B., & Levin-Rozalis, M. (2002). *Program Evaluation and Organization Learning: A Theoretical Perspective*. Paper presented at the 5th biennial conference of the EES., from [http://www.europeanevaluation.org/docs/LEVIN\\_ROSALIS.pdf](http://www.europeanevaluation.org/docs/LEVIN_ROSALIS.pdf)
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). Expressing and Assessing Program Theory. In P. H. Rossi, M. W. Lipsey & H. E. Freeman (Eds.), *Evaluation: A Systematic Approach* (7th ed., pp. 133-152). Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications.
- Rossi-espagnet, A. (1983). Primary health care in the context of rapid urbanization. *Community Development Journal*, *18*(2), 104-119.
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations. Approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Rowe, G., & Frewer, L. J. (2005). A Typology of Public Engagement Mechanisms. *Science Technology Human Values*, 30(2), 251-290.
- Rowe, R., & Shepherd, M. (2002). Public Participation in the New NHS: No Closer to Citizen Control? *Social Policy and Administration*, 36, 275-290.
- Ruelas, E. (2006). Citizens' quality councils: an innovative mechanism for monitoring and providing social endorsement of healthcare providers' performance? *Healthcare Papers*, 6(3), 33-37; discussion 58-61.
- Russ-Eft, D., Atwood, R., & Egherman, T. (2002). Use and Non-use of Evaluation Results: Case Study of Environmental Influences in the Private Sector. *American Journal of Evaluation*, 23(1), 19-31.
- Ryan, K. E., & Destefano, L. (2001). Dialogue as a Democratizing Evaluation Method. *Evaluation*, 7(2), 188-203.
- Sanchez-Moreno, A., Ballesta Cervantes, C., Hernandez Garcia, A. M., Hellin Gomez, E., Ramos Garcia, E., Sanchez Estevez, V., et al. (1991). La formación sanitaria en la educación de adultos como instrumento para la participación comunitaria. Análisis de una experiencia en La Nora (Murcia). *Atencion Primaria*, 8(11), 942-946.
- Sanders, D., Labonte, R., Baum, F., & Chopra, M. (2004). Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82.
- Sanders, J. R. (Ed.). (1994). *The Program Evaluation Standards. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*. London: Sage.
- Sanderson, I. (2000). Evaluation in Complex Policy Systems. *Evaluation*, 6(4), 433-454.
- Sassen, S. (2003). The Participation of States and Citizens in Global Governance. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 10(1), 5-28.
- Sassen, S. (2004). Local Actors in Global Politics. *Current Sociology*, 52(4), 649-670.
- Schwab, M., & Syme, S. L. (1997). On paradigms, community participation, and the future of public health. *American Journal of Public Health*, 87(12), 2049-2051; discussion 2051-2042.
- Schwandt, T. A. (1997). Evaluation as Practical Hermeneutics. *Evaluation*, 3(1), 69-83.
- Schwandt, T. A. (2001). Understanding Dialogue as Practice. *Evaluation*, 7(2), 228-237.
- Sebenius, J. K. (1992). Challenging Conventional Explanations of International Cooperation: Negotiation Analysis and the Case of Epistemic Communities. *International Organization*, 46(1), 323-365.

- Sénécal, G. (2005). Conflits de proximité et coopération : une géographie des acteurs et des interactions sociales. *Cahiers de géographie du Québec*, 49(138), 277-285.
- Serapioni, M., & Romani, O. (2006). Potencialidades e desafios da participação em instancias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Italia, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 22(11), 2411-2421.
- Shepperd, J. D. (1977). Consumer participation in community health programs: a comparative analysis of two programs. *Journal of the National Medical Association*, 69(2), 115-119.
- Shulha, L. M., & Cousins, J. B. (1997). Evaluation Use: Theory, Research, and Practice Since 1986. *American Journal of Evaluation*, 18(1), 195-208.
- Siles-Roman, D. (1992). Nuevas perspectivas en participacion comunitaria: dar poder a los pacientes. *Atencion Primaria*, 9(3), 166-168.
- Silva, S. F. d. (2001). *Municipalização da saúde e poder local. Sujeitos, atores e politicas*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Singer, M. A. (1995). Community participation in health care decision making: is it feasible? *Canadian Medical Association Journal*, 153(4), 421-424.
- Smith, M. L. (2006). Social capital and intentional change: Exploring the role of social networks on individual change efforts. *Journal of Management Development*, 25 (7), 718 - 731.
- Smith, N. L. (2007). Empowerment Evaluation as Evaluation Ideology. *American Journal of Evaluation*, 28(2), 169-178.
- South, J., Fairfax, P., & Green, E. (2005). Developing an assessment tool for evaluating community involvement. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 8(1), 64-73.
- Springett, J. (2001). Appropriate approaches to the evaluation of health promotion. *Critical Public Health*, 11(2), 139-151.
- Springett, J. (2001). Participatory approaches to evaluation in health promotion. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives* (pp. 83-105). Denmark: World Health Organization.
- Springett, J. (2002). Issues in participatory evaluation. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.), *Community-based Participatory Research in Health*. San Francisco (CA): Jossey Bass.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 435-454). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

- Stevens, J. A., & Slack, T. (1998). Integrating social action and structural constraints: Towards a More Holistic Explanation of Organizational Change. *International Review for the Sociology of Sport*, 33(2), 143-154.
- Streck, D. R., & Adams, T. (2006). Lugares da participação e formação da cidadania. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 95-117.
- Stubbs, M., & Lemon, M. (2001). Learning to Network and Networking to Learn: Facilitating the Process of Adaptive Management in a Local Response to the UK's National Air Quality Strategy. *Environmental Management*, 27(3), 321-334.
- Suarez-Herrera, J. C. (2006). Community nutrition programs, globalization and sustainable development. *British Journal of Nutrition*, 96(1), S23-S27.
- Suarez-Herrera, J. C. (2007). Le développement des capacités en recherche évaluative comme stratégie d'adaptation au changement organisationnel. *Infolettres. Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé*, 4(1,8-9).
- Suarez-Herrera, J. C. (2008). L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine. In V. Ridde & K. Mohindra (Eds.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec* (pp. 41-56). Montréal: Acfas.
- Suarez-Herrera, J. C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A.-P. (Sous-presse). Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive. Le cas des conseils locaux de santé au Brésil. *Nouvelles pratiques sociales*.
- Suarez-Herrera, J. C., & Delisle, H. (2006). Globalización, transición nutricional y desarrollo social de los países en vías de desarrollo. In L. Serra, J. Aranceta & J. Mataix (Eds.), *Nutrición y Salud Pública (2a edición)* (pp. 801-815). Barcelona: Masson.
- Suarez-Herrera, J. C., O'Shanahan Juan, J. J., & Serra-Majem, L. (2009). La participación social como estrategia central de la Nutrición Comunitaria para afrontar los desafíos asociados a la transición nutricional. *Revista Espanola de Salud Publica*, 83(6), 791-803.
- Suarez-Herrera, J. C., Springett, J., & Kagan, C. (2009). Critical Connections between Participatory Evaluation, Organizational Learning and Intentional Change in Pluralistic Organizations. *Evaluation*, 15(3), 321-342.
- Swan, J., Scarbrough, H., & Robertson, M. (2002). The Construction of 'Communities of Practice' in the Management of Innovation. *Management Learning*, 33(4), 477-496.
- Symon, G. (2005). Exploring Resistance from a Rhetorical Perspective. *Organization Studies*, 26(11), 1641-1663.



- Taut, S., & Brauns, D. (2003). Resistance to Evaluation: A Psychological Perspective. *Evaluation, 9*(3), 247-264.
- Taylor, D. (2005). Governing Through Evidence: Participation and Power in Policy Evaluation. *Journal of Social Policy, 34*(4), 601-618.
- Teixeira, C. F., & Solla, J. P. (2006). *Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família*. Salvador: Edufba.
- Teixeira, E. C. (1997). As dimensões da participação cidadã. *Caderno CRH, 26/27*, 179-209.
- Teixeira, E. C. (2001). *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. Salvador: UFBA.
- Themessl-Huber, M. T., & Grutsch, M. A. (2003). The Shifting Locus of Control in Participatory Evaluations. *Evaluation, 9*(1), 92-111.
- Thoenig, J.-C. (2000). Evaluation as Usable Knowledge for Public Management Reforms. *Evaluation, 6*(2), 217-229.
- Thurston, W. E., Graham, J., & Hatfield, J. (2003). Evaluability Assessment: A Catalyst for Program Change and Improvement. *Evaluation & The Health Professions, 26*(2), 206-221.
- Thurston, W. E., MacKean, G., Vollman, A., Casebeer, A., Weber, M., Maloff, B., et al. (2005). Public participation in regional health policy: a theoretical framework. *Health Policy, 73*(3), 237-252.
- Thurston, W. E., & Potvin, L. (2003). Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation, 9*(4), 453-469.
- Tickner, J. A. (2001). Democratic participation: a critical element of precautionary public health decision-making. *New solutions : a journal of environmental and occupational health policy, 11*(2), 93-111.
- Torres, R. T., & Preskill, H. (2001). Evaluation and Organizational Learning: Past, Present, and Future. *American Journal of Evaluation, 22*(3), 387-395.
- Touati, N., & Suarez-Herrera, J. C. (Soumis). L'évaluation des interventions complexes : quelle peut être la contribution des approches configurationnelles ? *Revue canadienne d'évaluation de programme*.
- Tremblay, M. (2004). Droits, santé et participation démocratique. *Nouvelles pratiques sociales, 17*(1), 41-49.
- Trevisan, M. S. (2007). Evaluability Assessment From 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation, 28*(3), 290-303.
- Tuohy, C. H. (2003). Agency, Contract, and Governance: Shifting Shapes of Accountability in the Health Care Arena. *Journal of Health Politics Policy and Law, 28*(2-3), 195-216.

- Ugalde, A. (1985). Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs. *Social Science & Medicine*, 21(1), 41-53.
- Vaast, E. (2004). O Brother, Where are Thou?: From Communities to Networks of Practice Through Intranet Use. *Management Communication Quarterly*, 18(1), 5-44.
- Valla, V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saude Publica*, 14, S07-S18.
- Van Stralen, C., Lima, Â.-M., Fonseca-Sobrinho, D. d., Saraiva, L., Van Stralen, T., & Belisário, S. (2006). Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 621-632.
- Vargas-Côrtes, S. (2006). Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In R. Pinheiro & R. A. de Matos (Eds.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde* (pp. 401-426). Rio de Janeiro: CEPESC.
- Vargas-Côrtes, S. M. (2002). Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, 18-49.
- Vartiainen, P. L. (2002). On the Principles of Comparative Evaluation. *Evaluation*, 8(3), 359-371.
- Vázquez, M. L., da Silva, M. R. F., Campos, E. S., de Arruda, I. K. G., Diniz, A. d. S., Veras, I. L., et al. (2003). Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 19, 579-591.
- Vazquez, M. L., Siqueira, E., & Kruze, I. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 30-38.
- Veenstra, G., & Lomas, J. (1999). Home is where the governing is: social capital and regional health governance. *Health & Place*, 5(1), 1-12.
- Vuori, H. (1984). Overview--community participation in primary health care: a means or an end? *Public Health Reviews*, 12(3-4), 331-339.
- Wallerstein, N. (1999). Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities. *Social Science & Medicine*, 49(1), 39-53.
- Wallerstein, N. (2000). A Participatory Evaluation Model for Healthier Communities: Developing Indicators for New Mexico. *Public Health Reports. Focus on Healthy Communities*, 115(2 & 3), 199-204.
- Walsh, M., Grant, G., & Coleman, Z. (2008). Action research--a necessary complement to traditional health science? *Health Care Analysis*, 16(2), 127-144.

- Weaver, L., & Cousins, J. B. (2004). Unpacking the Participatory Process. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation, 1*, 19-40.
- Webler, T., & Tuler, S. (2006). Four Perspectives on Public Participation Process in Environmental Assessment and Decision Making: Combined Results from 10 Case Studies. *Policy Studies Journal, 34*(4), 699-722.
- Webler, T., Tuler, S., & Krueger, R. (2001). What Is a Good Public Participation Process? Five Perspectives from the Public. *Environmental Management, 27*(3), 435-450.
- Weiss, C. H. (1998). Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation? *American Journal of Evaluation, 19*(1), 21-33.
- Wendhausen, Á. (2006). Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Revista Española de Salud Pública, 80*, 697-704.
- Wendhausen, Á., Barbosa, T. M., & Borba, M. C. (2006). Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. *Saúde e Sociedade, 15*, 131-144.
- Wendhausen, Á., & Caponi, S. (2002). O diálogo e a participação em um conselho local de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saude Publica, 18*, 1621-1628.
- Wendhausen, Á., & Cardoso, S. d. M. (2007). Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Revista Brasileira de Enfermagem, 60*, 579-584.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wenger, E., McDermott, R., & Snyder, W. M. (2002). *Cultivating Communities of Practice*. Boston: Harvard Business School Press.
- Wenger, E., & Snyder, W. (2000). Communities of Practice: The Organizational Frontier. *Harvard Business Review January-February*, 139-145.
- Weyland, K. (1995). Social movements and the State: The Politics of health reform in Brazil. *World Development, 23*(10), 1699-1712.
- White, L. (2001). 'Effective governance' through complexity thinking and management science. *Systems Research and Behavioral Science, 18*(3), 241-257.
- White, S. (1996). Depoliticising development: the uses and abuses of participation. *Development in Practice, 6*(1), 6-15.
- Whittington, R. (2006). Completing the Practice Turn in Strategy Research. *Organization Studies, 27*(5), 613-634.
- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata: WHO Regional Office for Europe.

- WHO (1990). *The Milan Declaration of Healthy Cities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wholey, J. S. (1982). L'appréciation de l'évaluabilité d'un programme. In R. Lecompte & L. Rutman (Eds.), *Introduction aux méthodes de recherche évaluative* (pp. 47-64). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Woelk, G. B. (1992). Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes. *Social Science & Medicine*, 35(4), 419-424.
- Yach, D., & Bettcher, D. (1998). The globalization of public health, I: Threats and opportunities. *American Journal of Public Health*, 88(5), 735-738.
- Yach, D., & Bettcher, D. (1998). The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism. *American Journal of Public Health*, 88(5), 738-744.
- Yassi, A., Fernandez, N., Fernandez, A., Bonet, M., Tate, R. B., & Spiegel, J. (2003). Community participation in a multisectoral intervention to address health determinants in an inner-city community in central Havana. *Journal of Urban Health*, 80(1), 61-80.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research : Design and Methods*, 4<sup>th</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zajac, G., & Bruhn, J. G. (1999). The Moral Context of Participation in Planned Organizational Change and Learning. *Administration Society*, 30(6), 706-733.
- Zakus, J. D. (1998). Resource dependency and community participation in primary health care. *Social Science & Medicine*, 46(4-5), 475-494.
- Zakus, J. D., & Lysack, C. (1998). Review article. Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13(1), 1-12.
- Zimmerman, M. A. (1990). Citizen participation in rural health: a promising resource. *Journal of Public Health Policy*, 11(3), 323-340.
- Zulauf, M. (1999). Cross-national qualitative research: accommodating ideals and reality. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 159-169.

## **Annexe 1**

### **Plan de recension des écrits**

La recension des écrits s'est centrée sur deux plateformes de bases de données bibliographiques (OvidSP et Maestro) ainsi que sur un ensemble de journaux scientifiques classés par thématiques diverses qui sont associées aux différentes sections du projet de recherche empirique. Nous avons aussi révisé les articles ayant cité les articles sélectionnés (identifiés sous la rubrique « *This article has been cited by ... articles* »), ainsi que ceux en rapport avec les articles de notre choix (identifiés sous la rubrique « *Related articles* »). Les années de recherche ont couvert essentiellement la période de 1990-2010, bien que, étant donnée leur pertinence, nous avons choisi quelques articles correspondant aux années 1980.

Le choix des textes qui ont servi à cette recension des écrits n'a pas été basé uniquement sur l'exhaustivité ou fait à partir d'un décompte terminé de catégories de recherche, mais plutôt dans l'intention de trouver le fil conducteur d'un argumentaire qui se construit autour de la question de recherche, de la situation-problème du projet de recherche empirique ainsi qu'en fonction des trois lignes de réflexion critique complémentaires à la question de recherche.

Le logiciel de gestion bibliographique End-Note X2 nous a permis de créer et gérer une base de données de références bibliographiques pour chaque section principale de la thèse doctorale afin de trier et d'utiliser les références bibliographiques sélectionnées, que se soit d'articles, d'ouvrages ou même des sites web concernant des publications scientifiques. Plus concrètement, ce logiciel nous a permis de saisir manuellement ou importer automatiquement des références (depuis des catalogues, des bases de données bibliographiques, de journaux scientifiques, etc.), d'intégrer des citations dans le corps du document de thèse ainsi que de générer automatiquement une liste bibliographique à la fin du texte. Cinq bases de données bibliographiques ont été créées (celle associée au projet de recherche empirique et celles reliées aux 4 articles scientifiques) recomplant un total de 1800 références bibliographiques parmi lesquelles 460

articles scientifiques et chapitres de livre ont été intégrés dans les différentes sections de ce document.

## **A.- LES BASES DE DONNÉES CONSULTÉES**

- Les bases de données bibliographiques spécialisées en sciences de la santé et en sciences humaines qui ont été sélectionnées sur **OvidSP** sont :

- CURRENT CONTENTS, 1993+ [multidisciplinaire] ;
- EMBASE, 1980+ [pharmacologie et sciences biomédicales] ;
- EBM REVIEW – HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT [médecine factuelle]
- EBM REVIEW – NHS ECONOMIC EVALUATION DATABASE ;
- ERIC, 1965+ [éducation] ;
- HEALTH AND PSYCHOSOCIAL INSTRUMENTS, 1985+ ;
- OVID MEDLINE(R), 1950+ [domaine biomédical et sciences de la santé] ;
- PSYCINFO, 1806+ [psychologie et sciences du comportement] ;
- SOCIAL WORK ABSTRACTS, 1977+ [travail social] ;

- Les bases de données bibliographiques spécialisées en sciences de la santé et en sciences humaines et de l'éducation qui ont été sélectionnées sur **Maestro** sont :

### **• SCIENCES DE L'ÉDUCATION**

- Dissertations & Theses (ProQuest)
- Education: SAGE (CSA)
- Érudit
- Repère : index analytique d'articles de périodiques de langue française

### **• SCIENCES DE LA SANTÉ**

- Banque de données santé publique (BDSP)
- Base de données KU-UC (Knowledge Utilization)
- CINAHL (EBSCO)
- Management & Organization Studies: SAGE (CSA)
- Health sciences : a SAGE full-text collection (CSA)
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
- LILACS

### **• SCIENCES SOCIALES**

- Sociological Abstracts (CSA)
- Sociology: SAGE (CSA)
- Criminology: SAGE (CSA)
- Social Sciences Index (WebSPIRS)

- ScienceDirect (Elsevier)
- IngentaConnect

## **B.- LES JOURNAUX ÉLECTRONIQUES**

### **• PARTICIPATION**

1. Health Expectations. An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy
2. The Journal for Quality and Participation
3. Participation & Empowerment
4. Particip@tions
5. Economic Analysis A Journal of Enterprise and Participation
6. United States Participation in the United Nations

### **• PUBLIC HEALTH**

7. American Journal of Public Health (1971)
8. Annual Review of Public Health
9. Archives of Public Health
10. Bulletin of the World Health Organization
11. Canadian Journal of Public Health
12. Critical Public Health
13. Global Public Health
14. International Journal of Public Health
15. Public Health
16. Revista Panamericana de Salud Pública
17. Scandinavian Journal of Public Health
18. The European Journal of Public Health

### **• HEALTH PROMOTION**

19. Family & community health
20. Health Promotion International
21. Health Promotion Practice
22. Journal of The Royal Society for the Promotion of Health

### **• HEALTH CARE ORGANIZATION**

23. Accounting, Organizations and Society
24. ALA Handbook of Organization
25. Empowerment in Organizations
26. Global Governance
27. Human Organization
28. International Journal of Organizational Analysis
29. International Organization
30. Journal of Leadership & Organizational Studies
31. Journal of Organizational Behavior Management
32. Journal of Organizational Change Management
33. Organization



34. Organization & Environment
35. Organization Development Journal
36. Organization Science
37. Organization Studies
38. Organizational Analysis
39. Organizational Behavior And Human Decision Processes
40. Organizational Dynamics
41. Public Organization Review
42. Studies In Cultures, Organizations And Societies
43. The Learning Organization
44. Business Strategy and The Environment
45. Policy And Management Review
46. Strategic Management Journal
47. Strategic Organization
48. Strategy & Leadership

• **HEALTH CARE POLICY**

49. Health Policy
50. Health Policy And Planning
51. Healthcare Policy
52. Journal of Public Health Policy
53. Health Policy And Development
54. Journal of Health Services Research & Policy
55. Health Research Policy And Systems
56. Health Economics, Policy And Law

• **EVALUATION**

57. Assessment and Evaluation in Higher Education
58. Canadian Journal of Program Evaluation
59. Educational Evaluation and Policy Analysis
60. Educational Research and Evaluation
61. Electronic Journal of Information Systems Evaluation
62. Evaluation
63. Evaluation & Research in Education
64. Evaluation & The Health Professions
65. Evaluation and Program Planning
66. Evaluation Practice
67. Evaluation Review
68. Journal of Evaluation in Clinical Practice
69. Journal of Multidisciplinary Evaluation
70. Journal of Personnel Evaluation in Education
71. Journal of Social Work Research And Evaluation
72. Language Resources and Evaluation
73. Measurement And Evaluation in Counseling and Development
74. New Directions for Evaluation
75. Performance Evaluation
76. Performance Evaluation Review

- 77. Practical Assessment, Research & Evaluation
- 78. Research Evaluation
- 79. Studies In Educational Evaluation
- 80. Studies in Learning, Evaluation, Innovation and Development
- 81. The American Journal of Evaluation
- 82. The Evaluation Exchange

- **ORGANIZATIONAL TRANSITION**

- 83. Journal For Institutional Innovation, Development, And Transition
- 84. Managing Global Transitions
- 85. Phase Transitions
- 86. Problems of Economic Transition
- 87. Review of International Organizations
- 88. Strategic Organization
- 89. The Economics of Transition
- 90. Transition Studies Review
- 91. Innovation
- 92. Strategic Change
- 93. Technovation

- **THEORY, RESEARCH METHODS AND PRACTICE**

- 94. Action Learning
- 95. Action Research
- 96. Communication Research
- 97. European Journal of Operational Research
- 98. International Journal of Qualitative Methods
- 99. International Journal of Social Research Methodology
- 100. Methodology
- 101. Operational Research Quarterly
- 102. Operations Research
- 103. Organizational Research Methods
- 104. Pesquisa Operacional
- 105. Planning Theory
- 106. Planning, Practice & Research
- 107. Qualitative Research In Organizations And Management
- 108. Sociological Methodology
- 109. The International Journal of Action Methods
- 110. The Journal of Economic Methodology
- 111. Journal of Mixed Methods Research

## **D. STRUCTURE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE**

### **1. Formulation de l'objet de la recherche**

La recension de la littérature scientifique a été organisée autour des

enjeux associés au processus d'intégration organisationnelle des pratiques participatives dans la gouverne des conseils locaux de santé.

Trois groupes d'enjeux ont été sélectionnés :

- Des enjeux d'ordre *praxéologique*, issus de l'interaction entre l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS et le discours institutionnel de décentralisation des SSP.
- Des enjeux d'ordre *discursif*, issus de l'interaction entre le discours institutionnel de décentralisation des SSP et la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique.
- Des enjeux d'ordre *symbolique*, issus de l'interaction entre la pensée contemporaine de démocratisation de la santé publique et l'action intersectorielle inhérente à l'implantation des CLS.

## 2. Plan de concepts (idées principales du phénomène à l'étude)

1. Participation	ET	2. Democracy	ET	3. Public Health
1. Participation	ET	2. Decentralization	ET	3. Primary Health Care
1. Participation	ET	2. Intersectoral Action	ET	3. Local Health Councils
1. Participation	ET	2. Group Dynamics	ET	3. Evaluation
1. Participation	ET	2. Contextual Factors	ET	3. Evaluation
1. Participation	ET	2. Challenges	ET	3. Evaluation

## 3. Mots-clés pertinents reliées avec les opérateurs booléens

1. Participation		2. Democracy		3. Public Health
Community participation		Normative values		
OU		OU		
Public participation		Civil society		New Public Health
OU		OU		OU
Citizen participation	ET	Discursive spaces	ET	Health Promotion
OU		OU		OU
Popular participation		Public space		Global Health
OU		OU		OU
Civic engagement		Citizenship		Health Populations
OU		OU		
Public engagement		Globalization		

1. Participation	2. Decentralization	3. Primary Health Care
Community participation <b>OU</b> Public participation <b>OU</b> Citizen participation <b>OU</b> Popular participation <b>OU</b> Civic engagement <b>OU</b> Public engagement	Health care organization <b>OU</b> Health care reform <b>OU</b> Organizational change <b>OU</b> Organizational renewal <b>OU</b> Governance <b>OU</b> Health policy	Primary Care <b>OU</b> Community Health <b>OU</b> Collective Health

ET

ET

1. Participation	2. Intersectoral Action	3. Local Health Councils
Community participation <b>OU</b> Public participation <b>OU</b> Citizen participation <b>OU</b> Popular participation <b>OU</b> Civic engagement <b>OU</b> Public engagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collective Action <b>OU</b></li> <li>- Partnership <b>OU</b></li> <li>- Social Capital <b>OU</b></li> <li>- Social cohesion <b>OU</b></li> <li>- Social movements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Health Councils <b>OU</b></li> <li>- Health Authorities <b>OU</b></li> <li>- Health Boards <b>OU</b></li> <li>- Local Health Systems</li> </ul>

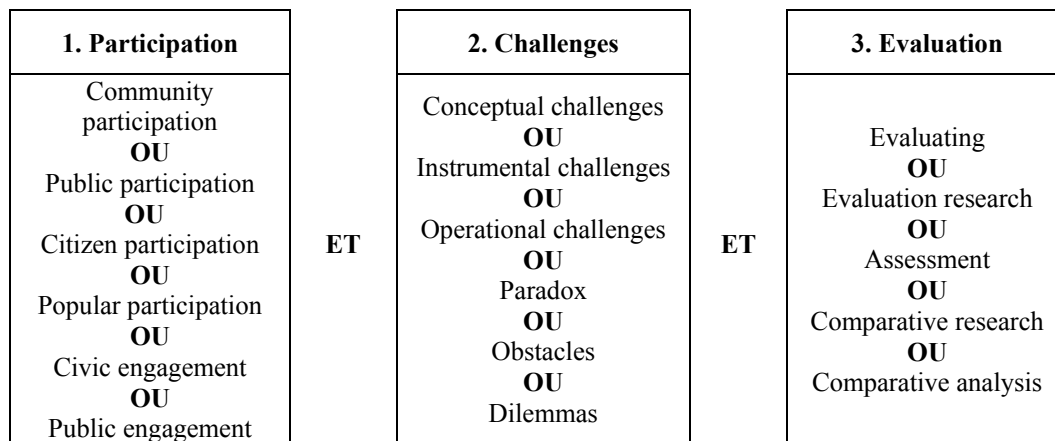
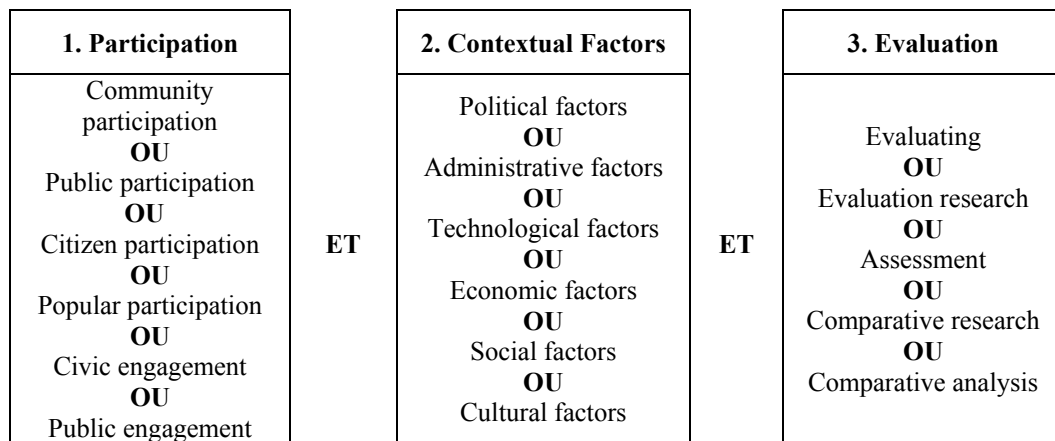
ET

ET

1. Participation	2. Group Dynamics	3. Evaluation
Community participation <b>OU</b> Public participation <b>OU</b> Citizen participation <b>OU</b> Popular participation <b>OU</b> Civic engagement <b>OU</b> Public engagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collective Action <b>OU</b></li> <li>- Partnership <b>OU</b></li> <li>- Social Capital <b>OU</b></li> <li>- Social cohesion <b>OU</b></li> <li>- Social movements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluating <b>OU</b></li> <li>- Evaluation research <b>OU</b></li> <li>- Assessment <b>OU</b></li> <li>- Comparative research <b>OU</b></li> <li>- Comparative analysis</li> </ul>

ET

ET



## **Annexe 2**

### **Critères et processus de sélection**

Notre source de critères de sélection pour cette étude a été la sous-dimension relationnelle de la première étape du MTO, à savoir la configuration du réseau sociotechnique. De cette façon, nous avons sélectionné les participants en fonction de leur positionnement organisationnel. Dans ce sens, nous avons regardé d'une part, le secteur sociétal, le domaine institutionnel, le palier d'influence et le champ de pratique associés aux acteurs concernés, et d'autre part, nous avons examiné leur expertise technique ainsi que leur maîtrise des informations, des règles et des relations avec le contexte organisationnel.

Ceci dit, la participation a été volontaire et les acteurs recrutés n'ont pas reçu aucun type de rémunération ou autre traitement de faveur. La possibilité de prendre part à une activité, au niveau central-régional ou local, qui puisse être associée au processus d'intégration organisationnelle des PP dans la gouvernance des CLS à l'étude, a été considérée comme un élément clé à l'heure d'être sélectionné.

Par ailleurs, les acteurs approchés devaient être disponibles et suffisamment fiables pour s'engager dans une série de rencontres régulières. Nous avons établi un plan stratégique quant aux moyens à privilégier pour entreprendre un processus de réflexion et d'action avec les participants de cette étude et ce, avant de procéder à leur sélection, afin d'être en mesure d'offrir un certain encadrement initial en fonction de leurs intérêts et de les intégrer en tant que partenaires de cette étude.

En principe, ces partenaires devaient être des personnes avec qui nous aimerions envisager une collaboration à moyen terme, autant durant la phase de production de données que sur l'utilisation des connaissances produites. Enfin, dans la mesure du possible, nous avons tenté d'encourager la diversité pour enrichir la mise en place d'un processus de production de connaissances privilégiant la réflexion critique et l'action intersectorielles.

## **Annexe 3**

### **Processus d'enrôlement des partenaires**



Le processus d'enrôlement et d'intéressement des partenaires se sont réalisés simultanément. Il s'agit d'un processus en 2 étapes :

*Étape 1* : Au moment de la présentation du projet de recherche lors de la première rencontre, chaque membre du CLS a reçu un bref questionnaire lui proposant de fournir l'état de sa réflexion sur 5 points : (1) sa définition d'évaluation participative, (2) sa notion de participation dans le domaine de la santé, (3) son intérêt de mettre en place un projet d'évaluation participative sur la participation dans les CLS, (4) ses attentes au sujet de cette étude et (5) ses suggestions sur la façon dont le chercheur devrait acheminer l'évaluation participative en partenariat avec les acteurs concernés.

*Étape 2* : La deuxième étape a consisté en la tenue d'un atelier de discussion des résultats du questionnaire d'enrôlement et qui a servi d'événement structurant pour la suite de la démarche. L'objectif de cet atelier était d'établir un processus par lequel les acteurs intéressés pourraient s'impliquer activement et réflexivement au déroulement de toutes les phases de l'étude. L'atelier a eu lieu deux semaines après la première rencontre, afin de leur permettre de préparer une documentation des situations et des questions à faire circuler pour alimenter la discussion. Lors de cet atelier nous avons confirmé le processus de recrutement tout en négociant les rôles respectifs du chercheur, des informateurs clé et des informateurs principaux et secondaires selon les critères établis au préalable.

## **Annexe 4**

### **Livre de codes**

Étape 1 : Configuration du réseau sociotechnique			Étape 2 : Établissement des dynamiques collaboratives			Étape 3 : Constitution du système complexe d'action et d'intervention participatif			
Thèmes	Catégories	Codes	Thèmes	Catégories	Codes	Thèmes	Catégories	Codes	
<b>Acteur</b>	<b>Scènes de repérage</b>	Secteur sociétal Domaine institutionnel Palier d'influence Champ de pratique	<b>Coopération</b>	<b>Dispositions groupales</b>	ID de besoins Ressources Leadership Communication Sous-groupes Représentation	<b>Pouvoir</b>	<b>Problématisation</b>	Définition problème ID acteurs	
		<b>Compétences identitaires</b>					Expertise technique Maîtrise des informations Maîtrise des règles Maîtrise environnementale	<b>Intéressement</b>	Sélection partenaires Priorités d'action
<b>Intervention</b>	<b>Structure</b>		Symbolique Juridique Physique	<b>Contexte</b>	<b>Facteurs techno-économiques</b>		Émergence des TICs Industrialisation des services	<b>Régulation</b>	<b>Enrôlement</b>
		<b>Mobilisation</b>							Choix porte-paroles Action intersectorielle
		<b>Formalisation</b>				Coordination Règlements			
	<b>Processus</b>	Organigramme Fonctionnement Plan de production		<b>Facteurs politico-administratifs</b>	Structure juridico-légale Mandats administratifs		<b>Prise de conscience</b>	Évaluation Interconnaissance	
	<b>Résultats</b>	Court terme Moyen terme Long terme		<b>Facteurs socioculturels</b>	Réseautage associatif Culture participative		<b>Délégation explicite</b>	Délégation exogène Délégation endogène	
							<b>Finalisation</b>	Transactions inter-champs Intégration des résultats	

## **Annexe 5**

### **Lettre d'acceptation de la bourse postdoctorale au PIFRSM**



Montréal, le 12 février 2010

*Transmis par courriel :*

**Monsieur José Carlos Suarez Herrera**  
 Université de Montréal  
 Département d'administration de la santé - Pavillon Mont-Royal  
 1430, boulevard Mont-Royal, 2<sup>e</sup> étage  
 Montréal (Québec) H2V 4P3

**Objet : Offre de bourse postdoctorale**

---

Monsieur Suarez Herrera,

Le Programme interuniversitaire de formation en recherche en santé mondiale est heureux de vous annoncer que le jury a recommandé votre intégration au Programme. À titre de stagiaire postdoctoral du Programme, vous bénéficierez d'une bourse de formation, qui, nous espérons, facilitera votre cheminement académique.

Les bourses offertes par le Programme sont alignées sur celles des Instituts de recherche en santé du Canada. Le montant total de votre bourse s'élèvera à 36 750 \$. La contribution du Programme correspond à 75% de ce montant, soit 27 562,50 \$, votre mentor s'étant engagé à compléter la différence. La bourse offerte par le Programme est d'une durée d'un an.

Par ailleurs, veuillez nous indiquer si vous êtes titulaire d'une bourse provenant d'un organisme fédéral ou provincial (IRSC, CRSH, CRSH, CRSH, FRSQ, FQRSC, etc.), ou de tout autre organisme subventionnaire. Les bourses postdoctorales du Programme ne peuvent s'additionner à une autre bourse d'un organisme subventionnaire. Toutefois, la possession d'une bourse provenant d'un organisme subventionnaire ne remet pas en cause votre participation au Programme. Si tel était le cas, le Programme vous octroierait une bourse d'excellence de 5 000 \$ pour souligner et récompenser votre compétitivité.

Le stage postdoctoral pourra débuter une fois que vous aurez soutenu/obtenu votre diplôme de doctorat. Afin d'entamer le processus d'attribution de votre bourse, veuillez nous informer de la date à laquelle vous aurez rempli toutes les exigences liées à l'obtention de votre doctorat. Veuillez communiquer avec votre superviseur et lui demander de nous aviser par écrit de la date à laquelle vous débuterez effectivement votre stage postdoctoral. La bourse vous sera attribuée en date de début de votre stage. Le stage devra débuter au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2010. Advenant que vous ne puissiez remplir cette condition, la bourse sera suspendue et vous devrez soumettre à nouveau votre candidature lors d'un prochain concours (le prochain aura lieu à l'été 2010).

Veuillez nous envoyer ces renseignements d'ici le 19 février 2010 par courriel à l'adresse suivante :

D'autres documents vous parviendront sous peu.

Cordialement,

Slim Haddad,  
 Directeur du Programme interuniversitaire de formation en recherche en santé mondiale  
 Centre de recherche du CHUM  
 Édifice Saint-Urbain  
 3875 rue Saint-urbain, 5<sup>e</sup> étage, bureau 502  
 Montréal (Québec) H3W 1V1

## **Annexe 6**

### **Liste de publications scientifiques**

**Documents revus et publiés (articles originaux publiés dans des revues savantes qui utilisent un processus d'examen par les pairs et contributions publiées à un ouvrage collectif ou au(x) chapitre(s) d'un livre)**

- Suárez-Herrera, J.C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A-P. (Sous presse). Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive. Le cas des conseils locaux de santé au Brésil. *Nouvelles Pratiques Sociales*.
- Suárez-Herrera, J.C., O'Shanahan, J.J., & Serra-Majem, Ll. (2009). La participación social como estrategia central de la Nutrición Comunitaria para afrontar los retos asociados a la transición nutricional. *Revista Española de Salud Pública*, 83(6), 791-803.
- Suárez-Herrera, J.C., Springett, J., & Kagan, C. (2009). Critical Connections between Participatory Evaluation, Organizational Learning and Intentional Change in Pluralistic Contexts. *Evaluation: The International Journal of Theory, Research, and Practice*, 15(3), 321-342.
- Suárez-Herrera, J.C. (2008). L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine. Dans V. Ridde & K. Mohindra (eds.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec* (pp. 41-56). Acfas : Montréal (Québec).
- Suárez-Herrera, J.C. (2007). Le développement des capacités en recherche évaluative comme stratégie d'adaptation au changement organisationnel. *Infolettre*, 4(1), 1,8-9.
- Suárez-Herrera, J.C. (2006). Community nutrition programmes, globalization and sustainable development. *British Journal of Nutrition*, 93(1), S23-S27.
- Suárez-Herrera, J.C. & Délisle, H. (2006). Globalización, transición nutricional y desarrollo social de los países en vías de desarrollo. Dans Serra, Ll., Aranceta, J. & Mataix, J. (eds.). *Nutrición y Salud Pública* (2<sup>a</sup> edición) (pp. 801-815). Masson: Barcelona (España).

**Documents soumis à un comité de lecture (articles originaux envoyés à des revues savantes qui utilisent un processus d'examen par les pairs)**

- Touati, N. & Suárez-Herrera, J.C. (Soumis). L'évaluation des interventions complexes : quelle peut être la contribution des approches configurationnelles? *Revue Canadienne d'Évaluation de Programmes*.

### **Communications orales à titre de conférencier invité**

- Suárez-Herrera, J. C. (Juin 2010). *Reflexión y puesta en común de experiencias de cooperación sanitaria en África*. Seminario Avanzado. Canarias como plataforma de Cooperación Sanitaria con el África Occidental: una estrategia a definir: Las Palmas de Gran Canaria (Espagne)
- Suárez-Herrera, J. C. (Février 2010). *Les enjeux de l'idéal participatif en santé mondiale dans un contexte de modernisation réflexive. Le cas des conseils locaux de santé*. Salon de l'Anthropologie : Ville de Québec (Canada)
- Suárez-Herrera, J. C. (Avril 2008). *Desafíos de la participación ciudadana en materia de Salud Pública en un contexto de complejidad y diversidad cultural*. X Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP): Las Palmas de Gran Canaria (Espagne)
- Suárez-Herrera, J. C. (Janvier 2007). *Le développement des capacités évaluatives au sein des stratégies de changement organisationnel*. Séminaire du programme d'analyse et évaluation des interventions en santé (AnÉIS) : Montréal (Canada)
- Suárez-Herrera, J. C. (Mai 2006). *La planificación en los proyectos de cooperación al desarrollo en salud pública*. 1<sup>er</sup> Programa teórico-práctico de Salud Pública y Cooperación al Desarrollo: Las Palmas de Gran Canaria (Espagne)

### **Communications orales et posters scientifiques à titre de premier auteur**

- Suárez-Herrera, J. C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A-P. (Mai 2009). *Una propuesta epistemológica para la planificación, implementación y evaluación de las intervenciones participativas inherentes a la gestión pluralista de las políticas públicas contemporáneas*. Communication orale. VI Conferencia Bienal de la Sociedad Española de Evaluación (SEE): Barcelone (Espagne)
- Suárez-Herrera, J. C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A-P. (Novembre 2008). *Le renouvellement organisationnel des pratiques participatives dans le champ complexe de la santé publique*. Communication orale. Nouvelles pratiques sociales – Le colloque: Montréal (Canada)
- Suárez-Herrera, J. C., Contandriopoulos, A-P., & Champagne, F. (Septembre 2007). *Desafíos de la institucionalización de la evaluación participativa en las organizaciones de la Administración Pública*. Communication orale. V Conferencia de la Sociedad Española de Evaluación (SEE): Evaluación y Función Pública: Santiago de Compostela (Espagne)
- Suárez-Herrera, J. C. (Juillet 2007). *Participación social en los procesos de gobernanza de los consejos locales de salud en Salvador de Bahía (Brasil) y Gran Canaria (España)*. Communication orale. 14<sup>th</sup> Congress of the IAHP / X Congresso da ALAMES: Salvador de Bahia (Brésil)



- Suárez-Herrera, J. C. (Mai 2007). *Les approches comparatives à la recherche évaluative au niveau international dans le cadre d'un projet de doctorat en santé publique*. Communication orale. 75<sup>ème</sup> Congrès de l'ACFAS: Trois Rivières (Canada)
- Suárez-Herrera, J. C. Springett, J. & Kagan. C. (Janvier 2007). *Le développement des capacités évaluatives au sein des stratégies de changement organisationnel*. Communication orale. 4<sup>ème</sup> Conférence de l'Association Africaine d'Évaluation (AfREA): Niamey (Niger)
- Suárez-Herrera, J. C., Springett, J. & Kagan. C. (Octobre 2006). *Critical connections between participatory approaches to evaluation research and organizational change processes*. Communication orale. Joint International Conference of UK Evaluation Society (UKES) & European Evaluation Society (EES): Londres (Royaume Uni)
- Suárez-Herrera, J. C. (Août 2006). *Vínculos entre la construcción social del riesgo y la participación ciudadana*. Poster scientifique. XI Congresso Mundial de Saúde Pública / 8<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Rio de Janeiro (Brésil)
- Suárez-Herrera, J. C. (Juin 2005). *Citoyenneté et gouverne*. Rapport de session. 1<sup>e</sup> Conférence COLUFRAS: Montréal (Canada)

**Documents en rédaction (articles originaux qui seront soumis entre juillet et décembre 2010 à des revues savantes qui utilisent un processus d'examen par les pairs)**

- Suárez-Herrera, J.C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A-P. The organizational integration of participation in Primary Health Care: Local challenges for a Global Public Health. *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*.
- Suárez-Herrera, J.C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A-P. La contribution de la participation intersectorielle au changement organisationnel prévu dans le cadre de politiques régionales de décentralisation des soins de santé primaires. *Sciences sociales et santé*.
- Suárez-Herrera, J.C., Champagne, F., Contandriopoulos, A-P., & Touati, N. The Organizational Transition Model: A participatory model of Action-Research for planning, implementing and evaluating complex interventions in pluralistic contexts. *American Journal of Evaluation*.
- Suárez-Herrera, J.C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A-P. From community participation to epistemic networks of participatory practices in the complex field of Primary Health Care. *Annual Review of Public Health*.

- Suárez-Herrera, J.C. & Touati, N. The contribution of organizational sociology to the integration of participatory practices in the evaluation of complex interventions in Global Health. *Evaluation and Program Planning*.
- Suárez-Herrera, J.C., O'Shanahan, J.J., Navarro, F.J., Perera, V & Martín, M.T. Entre el poder y la regulación. Desafíos praxeológicos de la integración organizacional de la participación en los consejos locales de salud. *Revista Española de Salud Pública*.
- Suárez-Herrera, J.C., Teixeira, C.F., Régina, P., Cerqueira, S.C., & Ávila, H. Entre o poder e a regulação. Desafios praxeológicos da integração organizacional da participação nos conselhos locais de saúde. Os casos de Grande Canária (Espanha) e Salvador de Bahia (Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*.
- Suárez-Herrera, J.C. & Bisset, S. The systemic integration of epistemic networks of participatory practices as a local strategy of Global Health Research in a global context of nutritional transition. *Global Health Promotion*.